

Diagnóstico Psicoanalítico - N. McWilliams

I

¿POR QUÉ DIAGNOSTICAR?

Para muchas personas, incluyendo algunos terapeutas, "diagnóstico" es una palabra sucia. Todos hemos visto el mal uso de las formulaciones de psicodiagnóstico: La persona compleja es simplificada en exceso por el entrevistador que se siente ansioso por la incertidumbre; la persona angustiada es distanciada lingüísticamente por el clínico que no puede soportar sentir el dolor; la persona problemática es castigada con una etiqueta patológica. El racismo, el sexismo, el heterosexismo, el clasismo y muchos otros prejuicios pueden ser (y a menudo han sido) fortificados a mano por la nosología. Actualmente en los Estados Unidos, donde las compañías de seguros asignan un número específico de sesiones para categorías de diagnóstico específicas, a menudo desafiando el juicio de un terapeuta, el proceso de evaluación está especialmente sujeto a la corrupción.

Una objeción al diagnóstico es la opinión de que los términos de diagnóstico son inevitablemente peyorativos. Paul Wachtel (comunicación personal, 14 de marzo de 2009) se refirió recientemente a los diagnósticos, por ejemplo, como "insultos con un pedigrí elegante". Jane Hall escribe que "las etiquetas son para la ropa, no para las personas" (1998, p. 46). Los terapeutas experimentados suelen hacer esos comentarios, pero sospecho que en su propia formación les resultó útil tener un lenguaje que generalizara sobre las diferencias individuales y sus implicaciones para el tratamiento. Una vez que uno ha aprendido a ver los patrones clínicos que se han observado durante décadas, se puede tirar el libro y saborear la singularidad individual. Los términos de diagnóstico pueden utilizarse de manera objetivante e insultante, pero si logro transmitir las diferencias individuales de manera respetuosa, los lectores no reclutarán términos de diagnóstico al servicio de sentirse superiores a los demás. En su lugar, tendrán un lenguaje rudimentario para mentalizar las diferentes posibilidades subjetivas, un aspecto crítico del crecimiento tanto personal como profesional.

El abuso del lenguaje de diagnóstico se demuestra fácilmente. Sin embargo, el hecho de que algo pueda ser abusado no es un argumento legítimo para descartarlo. Toda clase de maldad puede ser despertada en nombre de ideales dignos -amor, patriotismo, cristianismo, lo que sea- no por culpa de la visión original sino por su perversión. La pregunta importante es, ¿la aplicación cuidadosa y no abusiva de los conceptos del psicodiagnóstico aumenta las posibilidades de que el cliente sea ayudado?

Hay por lo menos cinco ventajas interrelacionadas de la empresa de diagnóstico cuando se lleva a cabo con sensibilidad y con un entrenamiento adecuado: 1) su utilidad para la planificación del tratamiento, 2) sus repercusiones en el pronóstico, 3) su contribución a la protección de los consumidores de servicios de salud mental, 4) su valor para que el terapeuta pueda transmitir empatía, y 5) su papel en la reducción de la probabilidad de que ciertas personas fácilmente atemorizadas huyan del tratamiento. Además, hay beneficios marginales en el proceso de diagnóstico que facilitan indirectamente la terapia.

Con el proceso de diagnóstico quiero decir que, excepto en las crisis, las sesiones iniciales con un cliente deben dedicarse a reunir una amplia información objetiva y subjetiva. Mi propio hábito (véase McWilliams, 1999) es dedicar la primera reunión con un paciente a los detalles del problema que se presenta y sus antecedentes. Al final de esa sesión compruebo la comodidad de la persona con la perspectiva de que trabajemos juntos. Luego, explico que puedo entender más plenamente si puedo ver el problema en un contexto más amplio, y me pongo de acuerdo para tomar una historia completa durante nuestra próxima reunión. En esa sesión reitero que haré muchas preguntas, solicito permiso para tomar notas confidenciales y digo que el cliente es libre de no responder a ninguna pregunta que le resulte incómoda (esto rara vez sucede, pero la gente parece apreciar el comentario).

No me convence el argumento de que el simple hecho de permitir que se desarrolle una relación creará un clima de confianza en el que todo el material pertinente saldrá finalmente a la superficie. Una vez que el paciente se siente cercano al terapeuta, puede ser más difícil, no más fácil, para él o ella sacar a relucir ciertos aspectos de la historia personal o el comportamiento. Las reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA) están llenas de personas que pasaron años en terapia, o consultaron a un grupo de profesionales, sin que nunca se les preguntara sobre el uso de sustancias. Para aquellos que asocian una sesión de diagnóstico con imágenes de autoritarismo y desapego “más santo que tú”, permítanme subrayar que no hay razón para que una entrevista en profundidad no pueda llevarse a cabo en una atmósfera de respeto sincero e igualitario (cf. Hite, 1996). Los pacientes suelen agradecer la minuciosidad profesional. Una mujer que entrevisté y que había visto a varios terapeutas anteriores comentó: "¡Nadie ha estado nunca tan interesado en mí!"

DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO VERSUS DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DESCRIPTIVO

Más aún que cuando escribí la primera edición de este libro, el diagnóstico descriptivo psiquiátrico, la base de los sistemas del DSM y el DCI, se ha convertido en norma, tanto es así que el DSM es regularmente apodado la "biblia" de la salud mental, y los estudiantes se entrenan en él como si poseyera algún estatus epistémico evidente por sí mismo. Aunque el diagnóstico inferencial/contextual/dimensional/subjetivamente afinado puede coexistir con el diagnóstico psiquiátrico descriptivo (Gabbard, 2005; Grupo de Tareas sobre el DSM, 2006), el tipo de evaluación descrito en este libro se ha convertido más en la excepción que en la regla. Veo este estado de cosas con alarma. Permítanme mencionar brevemente, con referencia al DSM, mis reservas sobre el diagnóstico descriptivo y categórico. Algunas de ellas pueden ser acalladas cuando aparezca el DSM5, pero espero que las consecuencias generales de que hayamos diferido a una taxonomía categórica y basada en los rasgos desde 1980 persistan durante algún tiempo.

Primero, el DSM carece de una definición implícita de salud mental o bienestar emocional. La experiencia clínica psicoanalítica, en cambio, supone que más allá de ayudar a los pacientes a cambiar conductas y estados mentales problemáticos, los terapeutas tratan de ayudarles a aceptarse a sí mismos con sus limitaciones y a mejorar su resistencia general, su sentido de la agencia, su tolerancia a una amplia gama de pensamientos y afectos, su

autocontinuación, su autoestima realista, su capacidad de intimidad, sus sensibilidades morales y su conciencia de que los demás tienen subjetividades separadas. Dado que las personas que carecen de esas capacidades no pueden todavía imaginarlas, esos pacientes rara vez se quejan de su ausencia; sólo quieren sentirse mejor. Pueden acudir al tratamiento quejándose de un trastorno específico del Eje I, pero sus problemas pueden ir mucho más allá de esos síntomas.

En segundo lugar, a pesar de que un sincero esfuerzo por aumentar la validez y fiabilidad inspiró esas ediciones, la validez y fiabilidad de los DSM posteriores a 1980 han sido decepcionantes (véase Herzig & Licht, 2006). El intento de redefinir la psicopatología de manera que facilite algunos tipos de investigación ha producido inadvertidamente descripciones de síndromes clínicos que son artificialmente discretas y no logran captar las complejas experiencias de los pacientes. Si bien el esfuerzo por eliminar el sesgo psicoanalítico que impregnaba el DSM-II es comprensible ahora que existen otras formas poderosas de conceptualizar la psicopatología, el menor énfasis en la experiencia subjetiva de los síntomas del cliente ha producido una versión plana y distante de la experiencia del sufrimiento mental que representa los fenómenos clínicos, así como la descripción de la tonalidad, el tempo y la duración de una composición musical representa la música misma. Esta crítica se aplica especialmente a la sección del DSM dedicada a los trastornos de la personalidad, pero también se aplica a su tratamiento de experiencias tales como la ansiedad y la depresión, en cuyo diagnóstico intervienen fenómenos observables externamente, como la aceleración de los latidos del corazón o los cambios en los patrones de alimentación y sueño, más que si la ansiedad se refiere a la separación o la aniquilación, o si la depresión es anaclítica o introyectora (Blatt, 2004), aspectos que son fundamentales para la comprensión y la ayuda clínicas.

En tercer lugar, aunque el sistema DSM se suele denominar "modelo médico" de psicopatología, ningún médico equipararía la remisión de los síntomas con la curación de la enfermedad. La reificación de las categorías de "trastornos", desafiando mucha experiencia clínica, ha tenido importantes consecuencias negativas no deseadas. La suposición de que los problemas psicológicos se consideran mejor como síndromes de síntomas discretos ha alentado a las compañías de seguros y a los gobiernos a especificar el mínimo común denominador de cambio e insistir en que esto es todo lo que cubrirán, incluso cuando está claro que las quejas que se presentan son la punta de un iceberg emocional que causará problemas en el futuro si se ignoran. El enfoque categorial también ha beneficiado a las empresas farmacéuticas, que tienen interés en una lista cada vez más amplia de "trastornos" discretos para los que pueden comercializar medicamentos específicos.

En cuarto lugar, muchas de las decisiones sobre qué incluir en los DSM posteriores a 1980 y dónde incluirlos parecen, en retrospectiva, haber sido arbitrarias, incoherentes e influidas por los vínculos de los contribuyentes con las empresas farmacéuticas. Por ejemplo, todos los fenómenos relacionados con el estado de ánimo se pusieron en la sección de Trastornos del Estado de Ánimo, y el consabido diagnóstico de personalidad depresiva desapareció. El resultado ha sido la percepción errónea de muchos problemas de personalidad

como episodios discretos de un trastorno del estado de ánimo. Otro ejemplo: Si se leen atentamente las descripciones del DSM de algunos trastornos del Eje I que se consideran crónicos y generalizados (por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno somatomorfo), no está claro por qué no se consideran trastornos de la personalidad.

Incluso cuando la justificación para incluir o excluir una condición es clara y defendible, el resultado puede parecer arbitrario desde la perspectiva de un clínico. Desde el DSM-III en adelante, un criterio de inclusión ha sido que tiene que haber datos de investigación sobre un trastorno determinado. Esto suena razonable, pero ha llevado a algunos resultados extraños. Si bien en 1980 había suficientes investigaciones empíricas sobre personalidades disociativas para justificar la categoría del DSM de trastorno de personalidad múltiple, posteriormente rebautizado como trastorno de identidad disociativa, había muy pocas investigaciones sobre la disociación en la infancia. Y así, a pesar de que hay un amplio acuerdo entre los clínicos que tratan a adultos disociativos en que no se desarrolla una identidad disociativa sin haber tenido un trastorno disociativo en la infancia, no existe (al momento de escribir esto en 2010) ningún diagnóstico de DSM para niños disociativos. En la ciencia, la observación naturalista precede típicamente a las hipótesis comprobables. Las nuevas psicopatologías (por ejemplo, la adicción a Internet, especialmente a la pornografía, una versión de la compulsividad desconocida antes de que la tecnología lo permitiera) son observadas por los clínicos antes de que puedan ser investigadas. El rechazo de la experiencia clínica por su influencia significativa en las ediciones posteriores a 1980 del DSM ha creado este tipo de dilemas.

Por último, quiero comentar un sutil efecto social del diagnóstico categórico: puede contribuir a una forma de autoextracción, una reificación de los estados propios por la que uno rechaza implícitamente la responsabilidad. "Tengo fobia social" es una forma más alienada y menos auto-habitada de decir "Soy una persona dolorosamente tímida". Cuando expiró la patente del Prozac, Eli Lilly puso la misma receta en una píldora rosa, la llamó Serafem, y creó una nueva "enfermedad": el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) (Cosgrove, 2010). Muchas mujeres se irritan cuando tienen el premenstrual, pero una cosa es decir "Lo siento, estoy un poco irritada hoy; me viene la regla" y otra anunciar "Tengo PMDD". Me parece que la primera es dueña del comportamiento de uno, aumenta la probabilidad de una conexión cálida con los demás, y reconoce que la vida es a veces difícil, mientras que la segunda implica que uno tiene una dolencia tratable, aleja a los demás de su experiencia, y apoya la creencia infantil de que todo se puede arreglar. Tal vez esta sea sólo mi perspectiva idiosincrática, pero encuentro este cambio discreto en las suposiciones comunales preocupante.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La planificación del tratamiento es el fundamento tradicional del diagnóstico. Asume un paralelo entre la psicoterapia y el tratamiento médico, y en medicina la relación entre el diagnóstico y la terapia es (idealmente) directa. Este paralelismo a veces se obtiene en la psicoterapia y a veces no. Es fácil ver el valor de un buen diagnóstico para las condiciones

para las que existe un enfoque de tratamiento específico y consensuado. Entre los ejemplos se incluyen el diagnóstico de abuso de sustancias (implicación: hacer que la psicoterapia dependa de la desintoxicación química y la rehabilitación) y la enfermedad bipolar (implicación: proporcionar tanto terapia individual como medicación).

Aunque en los últimos 15 años se han desarrollado varias intervenciones centradas en problemas característicos, la prescripción más común para los trastornos de la personalidad sigue siendo la terapia psicoanalítica a largo plazo. Pero los tratamientos analíticos, incluido el psicoanálisis, no son procedimientos uniformes aplicados de manera inflexible, independientemente de la personalidad del paciente. Incluso el analista más clásico será más cuidadoso de los límites con un paciente histérico, más acorde con el afecto con una persona obsesiva, más tolerante con el silencio con un cliente esquizoide. Los esfuerzos de un terapeuta por ser empático no garantizan que lo que un cliente en particular experimentará sea empatía - hay que inferir algo sobre la psicología individual de la persona para saber qué puede ayudarlo a sentirse conocido y aceptado. Los avances en la comprensión de las personas con trastornos psicóticos (por ejemplo, Read, Mosher y Bentall, 2004) y condiciones límite (por ejemplo, Bateman y Fonagy, 2004; Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Steiner, 1993) han dado lugar a enfoques de tratamiento que no son "análisis clásicos" sino que están arraigados en ideas psicodinámicas. Para utilizarlos, primero hay que reconocer que el cliente está luchando recurrentemente con estados psicóticos o fronterizos, respectivamente.

Es común, a efectos de investigación, definir las terapias, analíticas y de otro tipo, como procedimientos técnicos específicos. Los propios terapeutas, en cambio, pueden definir lo que hacen como oportunidades para un aprendizaje emocional nuevo e íntimo en el que la "técnica" es secundaria al potencial de curación de la propia relación. Las terapias analíticas no son actividades monolíticas impuestas de manera procrustada a todos. Una buena formulación diagnóstica informará las elecciones del terapeuta en las áreas cruciales de estilo de relación, tono de las intervenciones y temas de enfoque inicial. Con el aumento de la práctica de las terapias cognitivo-conductuales (TCC), estamos empezando a ver enfoques para trabajar con perturbaciones graves de la personalidad que han sido desarrollados por profesionales de esa orientación (por ejemplo, Linehan, 1993; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). En respuesta a sus propias experiencias clínicas con la individualidad y la complejidad, los clínicos de TCC están escribiendo ahora sobre la formulación de casos (por ejemplo, Persons, 2008) por las mismas razones que yo. Espero que este libro les sea útil a ellos, así como a mis colegas psicoanalistas.

IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

El profesional que espera de un paciente de carácter obsesivo el mismo ritmo de progreso que el de una persona que desarrolló repentinamente una obsesión intrusiva se arriesga a una caída dolorosa. Una apreciación de las diferencias en profundidad y amplitud de los problemas de personalidad beneficia tanto al clínico como al paciente. Las categorías del DSM a veces contienen implicaciones sobre la gravedad y el eventual pronóstico de una condición particular -la organización de la información a lo largo de ejes fue un movimiento

en esta dirección- pero a veces simplemente permiten una clasificación consensuada sin información implícita sobre lo que se puede esperar del proceso de terapia.

Un tema principal en este libro es la inutilidad de hacer un diagnóstico basado sólo en el problema manifiesto. Una fobia en alguien con una personalidad depresiva o narcisista es un fenómeno diferente de una fobia en una persona característicamente fóbica. Una de las razones por las que el psicodiagnóstico tiene mala fama en algunos sectores es que se ha hecho mal; la gente simplemente ha puesto una etiqueta a la queja que presenta el paciente. También es imposible hacer una buena investigación sobre las diferentes entidades de diagnóstico si se definen estrictamente por su apariencia manifiesta. Como en cualquier análisis informático, si entra basura, sale basura.

Un punto fuerte de la tradición psicoanalítica es su apreciación de las diferencias entre un síntoma relacionado con el estrés y un problema inherente a la personalidad. (Esto no siempre fue cierto. Freud originalmente hacía pocas distinciones entre individuos característicamente histéricos y personas con otras psicologías que tenían una reacción histérica, o entre lo que ahora se consideraría una persona obsesiva en un nivel límite de funcionamiento y una persona con una neurosis obsesiva). Una mujer bulímica que desarrolla su trastorno alimentario como estudiante universitaria de primer año y que reconoce que su comportamiento es impulsivo y autodestructivo es un paciente muy diferente de una mujer que ha tenido ciclos de atracones y purgas desde la escuela primaria y que considera que su comportamiento es razonable. Ambas cumplirían con los criterios del DSM para la bulimia, pero se podría esperar razonablemente que la primera clienta cambiara su conducta en unas pocas semanas, mientras que una meta realista para la segunda sería que después de un año más o menos vería claramente los costos de su trastorno de alimentación y la necesidad de un cambio.

LA COMUNICACIÓN DE LA EMPATÍA

El término "empatía" se ha diluido un poco por el uso excesivo. Sin embargo, no hay otra palabra que connote el "sentir con" en lugar de "sentir por" que constituyó la razón original para distinguir entre empatía y simpatía (o "compasión", "lástima", "preocupación" y términos similares que implican un grado de distanciamiento defensivo de la persona que sufre). La "empatía" suele utilizarse erróneamente para significar reacciones cálidas, de aceptación y de simpatía hacia el cliente, independientemente de lo que éste transmita emocionalmente. Utilizo el término a lo largo de este libro en su sentido literal de la capacidad de sentir emocionalmente algo como lo que la otra persona está sintiendo.

Mis pacientes, que son terapeutas ellos mismos, suelen expresar una autocrítica brutal sobre su "falta de empatía" cuando tienen una reacción hostil o asustada hacia un cliente. Desean no sentir esos efectos perturbadores; es desagradable reconocer que la labor terapéutica puede incluir niveles primitivos de odio y miseria de los que nadie nos advirtió cuando decidimos dedicarnos a ayudar a la gente. Los clínicos en esta condición pueden estar

sufriendo en realidad niveles altos más que bajos de empatía, ya que si realmente sienten con un paciente, están sintiendo su hostilidad, terror, miseria y otros estados mentales miserables. Los efectos de las personas en terapia pueden ser intensamente negativos, e inducen en otros cualquier cosa menos una respuesta cálida. Que uno debe tratar de no actuar sobre la base de tales reacciones emocionales es obvio incluso para una persona completamente inexperta. Lo que es menos obvio es que tales reacciones son de gran valor. Pueden ser fundamentales para hacer un diagnóstico que permita encontrar una forma de abordar la infelicidad de un cliente que será recibida como genuinamente sintonizada en lugar de como una compasión de rutina, dispensada profesionalmente independientemente de la identidad única de la persona en la otra silla.

Por ejemplo, una persona que parezca manipuladora puede tener, entre otras posibilidades, un carácter esencialmente histérico o una personalidad psicópata. La respuesta terapéutica dependería de la hipótesis del clínico. En el caso de una persona histérica, se podría ayudar comentando los sentimientos de temor e impotencia del cliente. En el caso de una persona psicópata, se podría transmitir un aprecio irónico por las habilidades del cliente como estafador. Si el terapeuta no ha pasado de la etiqueta de "manipulador" a una inferencia más profunda, es poco probable que pueda ofrecer al cliente una profunda esperanza de ser comprendido. Si se generaliza en exceso, viendo a todos los clientes manipuladores como histéricos o, alternativamente, como psicópatas, uno hará contacto terapéutico sólo una parte del tiempo. Una persona con una dinámica histérica puede sentirse devastada al ser malinterpretada como ejecutando un cínico juego de poder cuando se siente desesperadamente necesitada de consuelo para el niño asustado que lleva dentro; una persona psicópata no tendrá nada más que desprecio por el terapeuta que echa de menos la centralidad de una tendencia a "superar" a los demás.

Otro ejemplo del valor del diagnóstico para que el terapeuta pueda transmitir empatía es la situación común de un paciente con una organización de personalidad límite que se pone en contacto con un servicio de emergencia con una amenaza de suicidio. Los trabajadores de salud mental de emergencia suelen estar capacitados en un modelo genérico de intervención en caso de crisis (pregunte por el plan, los medios y su letalidad), y ese modelo suele servirles bien. Sin embargo, las personas con psicologías límite tienden a hablar de suicidio no cuando quieren morir, sino cuando sienten lo que Masterson (1976) llamó acertadamente "depresión de abandono". Necesitan contrarrestar su pánico y desesperación con la sensación de que alguien se preocupa por lo mal que se sienten. A menudo, aprendieron mientras crecían que nadie presta atención a sus sentimientos a menos que estén amenazando con el caos. La evaluación de la intención suicida sólo los exaspera, ya que el entrevistador se distrae, en términos de la experiencia subjetiva no muy consciente del paciente, por el contenido de su amenaza cuando se siente desesperado por hablar de su contexto.

El esfuerzo de un clínico por seguir los procedimientos estándar de intervención en crisis sin una sensibilidad diagnóstica puede ser contra terapéutico, incluso peligroso, ya que puede frustrar a los pacientes fronterizos hasta el punto de sentir que para ser escuchados, deben demostrar en lugar de discutir los sentimientos suicidas. También hace que el terapeuta odie al cliente, ya que la persona parece estar pidiendo ayuda y luego rechaza los esfuerzos serios del ayudante por brindarla (Frank et al., 1952). Los trabajadores de emergencias capacitados en la identificación de clientes fronterizos se vuelven adeptos a responder a los

efectos dolorosos que se esconden detrás de la amenaza suicida en lugar de hacer un inventario inmediato de los suicidios; paradójicamente, probablemente evitan más actos autodestructivos que sus colegas que evalúan automáticamente la suicidalidad. También pueden tener menos experiencias desmoralizantes de odiar a los clientes por "no cooperar" o "no ser sinceros".

LOS LÍMITES DE LA UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO

Como una persona que hace predominantemente terapia abierta a largo plazo, encuentro que la evaluación cuidadosa es más importante en dos puntos: 1) al comienzo del tratamiento, por las razones expuestas anteriormente; y 2) en momentos de crisis o estancamiento, cuando un replanteamiento del tipo de dinámica a la que me enfrento puede ser la clave de los cambios efectivos de enfoque. Una vez que tengo una buena sensación de la persona, y el trabajo va bien, dejo de pensar de forma diagnóstica y simplemente me sumerjo en la relación única que se desarrolla entre el cliente y yo. Si me encuentro preocupado por cuestiones de diagnóstico de manera continua, sospecho que me defiendo de estar totalmente presente con el dolor del paciente. El diagnóstico puede, como cualquier otra cosa, ser usado como una defensa contra la ansiedad por lo desconocido.

Por último, debo mencionar que existen personas para las que las categorías de desarrollo y tipología de personalidad existentes son, en el mejor de los casos, un mal ajuste. Cuando cualquier etiqueta oscurece más de lo que ilumina, es mejor que el practicante la descarte y confíe en el sentido común y la decencia humana, como el marinero perdido que tira una carta de navegación inútil y vuelve a orientarse por unas pocas estrellas conocidas. Incluso cuando una formulación diagnóstica se ajusta bien a un paciente en particular, hay tan grandes disparidades entre las personas en dimensiones distintas a su nivel de organización y estilo defensivo que la empatía y la curación pueden ser mejor perseguidas mediante la sintonización con algunas de ellas. Una persona profundamente religiosa de cualquier tipo de personalidad necesitará primero que el terapeuta demuestre respeto por su profunda convicción (véase Lovinger, 1984); las intervenciones influidas por el diagnóstico pueden ser de valor, pero sólo de manera secundaria. Análogamente, a veces es más importante, al menos en las primeras fases del compromiso terapéutico, considerar las implicaciones emocionales de la edad, la raza, la etnia, la clase social, la discapacidad física, las actitudes políticas o la orientación sexual de una persona que apreciar el tipo de personalidad de ese cliente.

El diagnóstico no debe aplicarse más allá de su utilidad. La voluntad permanente de reevaluar el diagnóstico inicial a la luz de la nueva información es parte de ser óptimamente terapéutico. A medida que el tratamiento se lleva a cabo con cualquier ser humano, la simplificación excesiva inherente a nuestros conceptos de diagnóstico se hace sorprendentemente clara. Las personas son mucho más complejas de lo que admiten incluso nuestras categorías más reflexivas. Por lo tanto, incluso la evaluación de la personalidad más

sofisticada puede convertirse en un obstáculo para que el terapeuta perciba los matices críticos del material único del paciente.

SUGERENCIAS PARA UNA LECTURA MÁS PROFUNDA

Mi libro favorito sobre entrevistas, sobre todo por su tono, sigue siendo *The Psychiatric Interview* (1954) de Harry Stack Sullivan. Otra obra clásica que está llena de antecedentes útiles y sabias recomendaciones técnicas es *The Initial Interview in Psychiatric Practice* de Gill, Newman y Redlich (1954). Me influyó mucho la obra de MacKinnon y Michels (1971), cuyas premisas básicas son similares a las que informan este texto. Finalmente publicaron, junto con Buckley, una edición revisada de su clásico tomo en 2006 (ahora disponible en rústica). En *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Glen Gabbard (2005) ha integrado magistralmente el diagnóstico dinámico y estructural con el DSM. Para una síntesis bien escrita de la labor empírica sobre la personalidad, aplicada al ámbito de la práctica clínica, recomiendo la obra *Personality and Psicoterapia* (2005)

El libro de Kernberg "Severe Personality Disorders" (1984) contiene una corta pero completa sección sobre la entrevista estructural. La mayoría de los terapeutas principiantes encuentran a Kernberg difícil de leer, pero su escritura aquí es pelúcida. Mi propio libro sobre la formulación de casos (McWilliams, 1999) complementa este volumen al considerar sistemáticamente aspectos de la evaluación clínica distintos del nivel y el tipo de organización de la personalidad, y mi libro posterior sobre psicoterapia (McWilliams, 2004) revisa las sensibilidades que subyacen a los enfoques psicoanalíticos para ayudar a las personas. Los comienzos de Mary Beth Peebles-Kleiger (2002), que también se basa en una larga experiencia clínica, es excelente. También lo es el texto de Tracy Eells (2007), más basado en la investigación sobre la formulación. Para obtener una medida empírica de las capacidades internas de toda la persona que los terapeutas deben evaluar, considérese el Procedimiento de Evaluación de Shedler-Westen (SWAP) (Shedler & Westen, 2010; Westen & Shedler, 1999a, 1999b). Por último, el *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006)(PDM Task Force, 2006) llena muchos vacíos dejados por este libro.