

Mirando atrás con la vista en el futuro del psicoanálisis: una segunda oportunidad

Looking back toward the future of psychoanalysis: The second chance

Juan Pablo Jiménez

Profesor titular de Psiquiatría, Universidad de Chile.
Psicoanalista, Asociación Psicoanalítica de Santiago (APSAN-IPA) (Chile)

Este artículo está basado en la presentación al Congreso de la Asociación Psicoanalítica Alemana, Ulm Alemania, 3-6 de mayo de 2017

Resumen

Durante el siglo XX tuvo lugar una *guerra de paradigmas* implicando todas las disciplinas relacionadas con la psiquiatría y la psicología. Básicamente, la disputa fue sobre la respectiva contribución de la ciencia y la hermenéutica en los paradigmas disciplinarios. El psicoanálisis no ha estado ausente en esta guerra y todavía se debate si el psicoanálisis debería ser considerado una disciplina científica o una disciplina hermenéutica. En este artículo, el autor revisa 40 años de carrera como profesor universitario de psiquiatría y como psicoanalista, durante los cuales él ha sido un observador comprometido y participante activo de las disputas psicoanalíticas y psiquiátricas. En este artículo, revisa cómo vivió este abismo entre la psiquiatría y el psicoanálisis y cómo ve el futuro del psicoanálisis a la luz de los marcos de trabajo epistemológicos emergentes.

Palabras clave: Psicoanálisis, Psicoterapia dinámica, Hermenéutica, Ciencia natural, Psiquiatría, Neuropsicoanálisis, Epistemología.

Abstract

During the twentieth century took place a *battle of paradigms* involving all disciplines that inform psychiatry and psychology. Basically, the dispute was about the respective contribution of science and hermeneutics in disciplinary paradigms. Psychoanalysis has not been absent from this battle; it is still debated whether psychoanalysis should be considered a scientific discipline or a hermeneutic discipline. In this paper, the author reviews 40-year career as a university professor of psychiatry and as a psychoanalyst, during which he has been a committed observer and active participant of psychoanalytic and psychiatric disputes. In this paper, he revises how he lived this gap in Psychiatry and Psychoanalysis, and how he sees the future of

psychoanalysis under the light of new emerging epistemological frameworks.

Keywords: Psychoanalysis, Dynamic psychotherapy, Hermeneutics, Natural science, Psychiatry, Neuropsychoanalysis, Epistemology.

Los cinco años de mi estancia en la Universidad de Ulm, a donde llegué en 1995 con una beca de la fundación Alexander von Humboldt y donde completé mi doctorado con una disertación sobre investigación en proceso psicoanalítico, fueron decisivos, no solo en vida profesional y académica, sino también en la personal y familiar. Llegué a ser parte integral del Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm, bajo la dirección del Profesor Helmut Thomä y el Profesor Horst Kächele y del grupo de trabajo psicoanalítico y, durante algunos años, fui miembro de número de la Asociación Psicoanalítica Alemana. Durante aquellos días hice buenos amigos, algunos de los cuales mantengo hasta el presente.

Ciertamente, la situación del psicoanálisis ha cambiado enormemente en tiempos recientes. Probablemente, el cambio más importante en los últimos treinta años puede haber sido, precisamente, la creciente conciencia colectiva de que el psicoanálisis no constituye un campo unificado, ni en la teoría ni en la práctica. Durante la última década del pasado siglo, esta conciencia originó el debate sobre la así llamada “crisis del psicoanálisis”. Desde su posición como presidente de la International Psychoanalytic Association (IPA), Robert Wallerstein (1988, 1990) desafió la asunción de que había solo una perspectiva teórica detrás del psicoanálisis. Freud siempre consideró la posibilidad de una ciencia psicoanalítica unificada; durante décadas, la construcción de una teoría psicoanalítica fue dominada por la asunción de que la acumulación de conocimiento, el tercer pilar de la definición freudiana de psicoanálisis, llevaría a la construcción de una disciplina científica unificada (Freud, 1923/1992). Desde una perspectiva actual, sin embargo, la posibilidad de que eso llegue a darse nunca fue real; desde su nacimiento, el psicoanálisis evidenció puntos de vista prácticos y teóricos divergentes (Makari, 2008). Desde el momento en que el movimiento psicoanalítico alcanzó un acuerdo sobre lo que ha llegado a conocerse como *el método psicoanalítico*, la autoridad institucional promovió la ilusión del monismo epistemológico movido por el criterio de definición externo para definir lo que es el *verdadero* psicoanálisis (uso del diván, frecuencia de sesiones semanales, criterios de formación, etc.). Esta posición epistemológica monista se sostuvo por el contexto autoritario que rodeaba a las instituciones psicoanalíticas, en el cual cada escuela psicoanalítica pretendía poseer el legado freudiano real (Jiménez, 2006). En este contexto, la confrontación entre teorías y prácticas psicoanalíticas diferentes o contradictorias llegó a ser cada vez más difícil, a tenor del ataque y descalificación verbal (Green [2005] habla de “duelos sangrientos”) y mutuo aislamiento. Para mi generación la formación psicoanalítica fue inevitablemente dolorosa. Con un grupo de colegas candidatos nos las arreglamos para describir nuestra experiencia bajo el título de *Regresión y persecución en la formación analítica* (Bruzzzone, Casaula, Jiménez y Jordán, 1985).

La unidad teórica no era la única que se revelaba a sí misma como una ilusión, sino que también la “base común” práctica probó ser un espejismo. El tema nuclear en el 46º congreso de la International Psychoanalytic Association (IPA), celebrada en Chicago en 2009, es autorrevelador: *La práctica psicoanalítica: convergencias y divergencias*. No es

solo la unidad teórica del psicoanálisis lo que ahora está siendo cuestionado, sino también la unidad de su práctica (Jiménez, 2009).

Esencialmente, la ilusión de la base práctica común fue sostenida por la definición restringida de *psicoanálisis*, definido como una forma de terapia caracterizada por el uso del diván, una frecuencia alta de sesiones semanales y la interpretación centrada en la transferencia; esto marginaba a toda desviación de este ideal como “psicoterapia”, entendida como una forma degradada de psicoanálisis. El carácter artificial de esta restricción llegó a ser evidente cuando mostramos, como hicimos en 1997 en el Comité de la IPA “Psicoanálisis y terapias afines”, que la mayoría de los psicoanalistas se dedicaban no tanto al psicoanálisis como a la psicoterapia (Israel, 1999; Jiménez, 1999). Incluso hoy, pocos institutos formadores de la IPA incorporan las diferentes formas de psicoterapia psicoanalítica en sus programas de formación; prevalece la idea de que los psicoanalistas deberían ser formados para practicar psicoanálisis de acuerdo a la definición clásica, aunque ciertamente ellos no harán eso en su vida profesional.

En los pasados veinte años, por tanto, las sociedades psicoanalíticas miembros de la IPA se han vuelto conscientes de la crisis, la cual puede ser resumida de la siguiente forma: pocos pacientes y poca gente interesada en formación como psicoanalistas. Hay amplia literatura intentando explicar la naturaleza de la crisis. Mi posición personal frente a la crisis fue presentada hace 14 años en la Newsletter de la IPA (Jiménez, 2003) bajo el título optimista de *From threat to opportunity [De la amenaza a la oportunidad]*, donde yo pedía creatividad y flexibilidad de cara al cambio inevitable. En esa publicación establecí que las instituciones, abrumadas por las nuevas demandas de un contexto rápidamente cambiante, con frecuencia se ven a sí mismas inmersas en crisis; la sociedad postmoderna, afirmé, ha afectado a la práctica psicoanalítica en tal extremo, que hemos sido abocados al borde de la obsolescencia y casi fuera del “mercado psicoterapéutico”, tanto en cuanto a pacientes potenciales como a jóvenes profesionales interesados en formarse como psicoanalistas. En la actualidad, me siento más pesimista sobre la capacidad de las instituciones psicoanalíticas afiliadas a la IPA para adaptarse al cambio. Aunque en las pasadas dos décadas muchos expertos (ver Kernberg, 2012; Kernberg y Michels, 2016; Schachter y Kächele, 2017; Thomä, 2015) han defendido las recomendaciones de insertar el psicoanálisis dentro de las universidades, traer innovación a la educación psicoanalítica, ampliar la concepción del psicoanálisis para incluir la diversidad de psicoterapias psicoanalíticas, establecer puentes teóricos con la psicología cognitiva y las neurociencias, de eliminar de una vez por todas todo el sistema actual de análisis didáctico, ensanchar las bases de la teoría más allá del método clínico hacia los métodos de investigación de las ciencias sociales, por nombrar solo unas pocas, la mayoría de los psicoanalistas, que trabajan en el aislamiento de su práctica privada, no han sido persuadidos. Joe Schachter y Horst Kächele en un libro de edición Kindle presentado recientemente (2017) son incluso más específicos: ellos hablan del declinar en psicoanálisis sostenido por la evidencia mostrada de que, al menos en EE. UU., el

número medio de pacientes analíticos por miembro [de la Asociación Psicoanalítica Americana] continua disminuyendo de manera estable. Estudios siguientes de graduados analíticos recientes de tres institutos del Centro Universitario Columbia, New York, indican que cuatro de cada cinco graduados dedica casi toda su práctica a un tratamiento analítico que no es de cuatro-sesiones por semana. El número de nuevos candidatos continúa disminuyendo; algunos pares de institutos se han fusionado con la esperanza de atraer a un número

combinado de candidatos suficiente para empezar una clase (Schachter y Kächele 2017, Introducción, párr. 1).

Esta evidencia confirma de nuevo lo que nosotros descubrimos en 1997 como resultado de una encuesta enviada a todas las sociedades de la IPA por el Comité “Psicoanálisis y terapias afines”.

En estos tiempos postmodernos hemos llegado a ser conscientes de una tendencia a la fragmentación que yace en la raíz del método psicoanalítico (Jiménez, 2015). En consecuencia, la diversidad teórica y práctica constituyen un hecho inevitable en psicoanálisis. Durante un siglo esta diversidad fue reprimida recurriendo a definiciones autoritarias dirigidas solo a colocar la tendencia inherente a la diversificación dentro de una camisa de fuerza. Sin embargo, surgen preguntas agudas: ¿qué podemos hacer frente a la creciente pluralidad de orientaciones y posiciones en psicoanálisis?, ¿está el conocimiento psicoanalítico condenado a una fragmentación sin fin?, ¿puede tener lugar un diálogo constructivo entre psicoanalistas adherentes a diferentes orientaciones y tradiciones de modo que se puedan trazar los límites entre la divergencia teórica y la práctica? Esto haría posible describir un campo dentro del cual todavía pudiéramos ser llamados psicoanalistas. En más de cien años, los expertos han sido incapaces de llegar a un acuerdo sobre cómo definir conceptos nucleares tales como “proceso psicoanalítico”, o incluso el mismo concepto de “psicoanálisis”. ¿Cuáles son las tareas implicadas en la construcción del pluralismo psicoanalítico? ¿Está el psicoanálisis condenado a desaparecer como disciplina, i.e., como una “rama de conocimiento, típicamente estudiada en la educación superior” unificada, tal como *The Oxford English Dictionary* define *disciplina*? En la tradición universitaria una disciplina académica supone algunos elementos centrales como la presencia de una comunidad de estudiosos; una tradición o historia de investigación; un modo de investigación que define cómo se recogen y se interpretan los datos, así como una definición de los requerimientos para lo que constituye nuevo conocimiento; y la existencia de una red de comunicaciones. Pero, ¿hasta qué punto el psicoanálisis contemporáneo reúne esos requerimientos? Precisamente, la controversia contemporánea en psicoanálisis se centra en el modo de investigación, hermenéutico o científico, o ambos, que define cómo se recogen y se interpretan los datos y los requerimientos para lo que constituye nuevo conocimiento en psicoanálisis. Todas estas son preguntas que continúan sin respuestas definitivas. Al igual que muchos, yo tengo la convicción de que para desarrollarse como disciplina académica y como profesión legitimada y reconocida, el psicoanálisis debe cultivar no solo su aspecto hermenéutico, sino también su lado científico. Esto significa un énfasis simultáneo en investigación de procesos y resultados pero, sobre todo, en el estudio interdisciplinar de la relación mente/cerebro. Es mi contienda que solo el estudio científico interdisciplinar de los insights psicoanalíticos puede contener dentro de unos límites la tendencia a la fragmentación inherente al método interpretativo psicoanalítico.

Pero, antes de continuar, permítanme iluminar algunas distinciones. Incluso estando cercanamente relacionados, el psicoanálisis como profesión no es lo mismo que el psicoanálisis como ciencia o, más bien, como disciplina académica. Digo esto porque durante 40 años he desarrollado dos carreras simultáneamente, como psicoanalista y como psiquiatra y profesor universitario. Como psicoanalista docto, he sido a tiempo parcial psicoanalista clínico, psicoterapeuta y psiquiatra psicodinámico, psicoanalista en función didáctica y supervisor, presidente de mi sociedad, miembro del consejo ejecutivo de la IPA, presidente de FEPAL, la Federación Psicoanalítica de América Latina, y miembro de varios comités de la IPA. Como psiquiatra universitario llegué a ser profesor

titular y dirigí durante 13 años el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental en la universidad chilena más antigua.

En este camino, desde que hace 37 años me uní al Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena como candidato, nunca he dejado de ser un participante activo y observador apasionado del desarrollo del psicoanálisis. A través de los años he reunido una experiencia que es el producto de la interacción dentro de mí del analista y psiquiatra dinámico que trabaja con pacientes en la consulta y del académico implicado en enseñar e investigar. Por tanto, el logro de una identidad profesional ha demandado el constante análisis e integración de diferencias y controversias que plagan la relación del psicoanálisis con la psiquiatría, así como con el mundo académico. Como psiquiatra académico que durante más de una década dirigí un departamento universitario, considero que la tarea de integrar información de diversos orígenes es una condición necesaria, particularmente en la formación de psiquiatras y psicólogos principiantes. Como legado de mis estudios de filosofía, que completé antes de estudiar medicina, tengo la necesidad de aclarar los puntos de vista epistemológicos implicados en las discusiones. Al mismo tiempo encuentro que en la historia de la ciencia, las soluciones nuevas con frecuencia surgen como respuestas a preguntas hechas en las fronteras entre disciplinas. Mi fascinación incansable con el psicoanálisis tiene sus raíces precisamente en este rasgo límite, como dijo Carlo Strenger (1991) en un psicoanálisis “entre hermenéutica y ciencia”. Tal posición crepuscular, sin embargo, no es fácil de sostener.

Con respecto a la relación entre investigación científica y psicoanálisis, Peter Fonagy publicó un artículo bajo el sugerente título de *Agarrando ortigas o por qué la investigación psicoanalítica es irritante* (2000), queriendo referirse con esta metáfora a la difícil situación en la cual nosotros, los psicoanalistas comprometidos con la investigación, nos encontramos frente al resto de nuestros colegas clínicos. Con frecuencia nos sentimos frustrados, con un sentimiento de futilidad, ante el rechazo apasionado con el que esos colegas suelen recibir nuestros argumentos y los resultados de nuestra investigación. Por supuesto la investigación no es para todos. La investigación, dice Fonagy,

es para aquellos que quieren vivir en el quiasma, en la tierra de nadie profesionalmente, aquellos que pueden tolerar ser considerados sospechosos o incluso traidores por ambos lados, aquellos que quieren trabajar más que la mayoría, como niños de padres separados que intentan arduamente probar su lealtad a ambos, aquellos que pueden soportar el sentimiento de incompetencia en ambas profesiones (la clínica y la investigación), todo esto sobreviviendo con solo una escasa porción de convicción (p.195).

Esta dramática declaración describe muy de cerca mi experiencia de vida durante muchos años, intentando honrar simultáneamente la identidad clínica psicoanalítica y la identidad como investigador y profesor universitario. Es probable que los puentes entre lo clínico y lo científico en psicoanálisis se construyan, en primer lugar, en la mente de algunos clínicos inquietos, insatisfechos con los métodos tradicionales de obtención de conocimiento, que escapan del aislamiento del psicoanalista que trabaja solo en la consulta usando teorías que no encuentran otra validación que la respuesta individual del paciente. Los investigadores psicoanalíticos son clínicos que se plantean preguntas urgentes que la clínica no puede responder.

Cuando me formé como psicoanalista empecé mi propio análisis personal que pronto devino en análisis didáctico, tras ser aceptado como candidato para la formación psicoanalítica. En cuanto a mi análisis de formación y personal, puedo decir que ha sido una de las empresas más importantes de mi vida, simplemente cambió de manera positiva la manera en que me relaciono con el mundo y conmigo mismo. Sin embargo, con el beneficio de la comprensión retrospectiva, no puedo evitar decir que, junto con el resto de la formación psicoanalítica, mi análisis de formación hizo dolorosa y difícil la tarea de integración de mi trabajo como psicoanalista con otras actividades. Como probablemente fue el caso en todas partes en ese momento, el análisis didáctico, los seminarios clínicos y teóricos, estaban infiltrados, a veces no muy sutilmente, por el objetivo de alcanzar la así llamada *identidad psicoanalítica*. Con este objetivo, la psiquiatría y el psicoanálisis, así como el psicoanálisis y la psicoterapia, tenían que ser claramente diferenciados. Para expresarlo claramente, se fomentaba el *espléndido aislamiento*. En la facultad de mi instituto psicoanalítico era dominante en esa época una concepción monista, i.e. la suposición de la existencia de una *única* verdad. En nuestro caso, teníamos que aceptar el modo kleiniano de psicoanálisis. Otras orientaciones eran prácticamente ignoradas o sutilmente rechazadas como no psicoanalíticas.

Terminé mi formación como psicoanalista junto con el grupo que me había enseñado psiquiatría dinámica en la facultad de medicina. Después, mi trabajo como psiquiatra de enlace en un hospital general, especialmente en el área de medicina interna y neurología, desencadenó en mí un gran interés en el estudio de la articulación de los diferentes modelos aplicados en psiquiatría y el tema de la multicasualidad en psiquiatría dinámica (Jiménez, 1979). El trabajo como psiquiatra de enlace en el departamento de neurología despertó mi interés en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes epilépticos focales resistentes a tratamiento anticonvulsivante. En numerosos casos de epilepsia focal resistente que traté psicoterapéuticamente, encontré que conflictos inconscientes y algunas dinámicas familiares eran factores que impedían la acción anticonvulsivante de la medicación (Jiménez, 1984).

Ahora me gustaría presentar un caso que traté en aquel tiempo, que fue decisivo en mi modo de entender, hasta ahora, la posición epistemológica del psicoanálisis y que ilustra dramáticamente las posibilidades y dificultades del diálogo interdisciplinar bajo la noción de que mente y cerebro son dos caras que, no por ser diferentes, dejan de pertenecer a la misma moneda.

Rosa, una mujer soltera de 25 años, me fue derivada por un neurólogo con el diagnóstico de epilepsia focal, predominantemente con crisis parciales de tipo psicomotor. Había estado presentando convulsiones desde que tenía 5 años y había sido estudiada muy de cerca en cuanto a las variables cerebrales. EEGs múltiples mostraban un foco espicular occipital izquierdo, consistente con el aura visual que normalmente precedía a las crisis. En los veinte años de la enfermedad ella había probado todas las drogas anticonvulsivas bien conocidas y durante estos había sido controlada por medio de tests serializados de niveles plasmáticos. La investigación tomográfica, en sus estadios tempranos en aquel tiempo, no mostraba ninguna lesión estructural que pudiera explicar su resistencia al tratamiento, que solo había impedido la generalización de las crisis y había logrado reducir las convulsiones a una vez al mes. A través de su evolución, el patrón de las crisis no había cambiado, ni habían aparecido signos psicométricos de daño cerebral orgánico asociado. Había evidencia de que la paciente tomaba los medicamentos y seguía las instrucciones. Estábamos entonces en presencia de epilepsia refractaria y la autoinducción de las crisis estaba fuera de cuestión.

De cara a esta historia de caso, decidimos investigar su enfermedad dentro de un contexto más amplio y propusimos una terapia psicoanalítica de tres sesiones semanales, de final abierto, la cual fue aceptada por Rosa, su neurólogo y la familia. Lo que era más llamativo en esta paciente -una mujer joven de aspecto agradable, algo frágil, de inteligencia media, bastante preocupada por su apariencia personal, aunque sobria y suave de maneras y voz- era que, junto con su actitud consciente de colaboración, ella mostraba una particular incapacidad para expresar sus estados emocionales. Toda exploración basada en datos conscientes, que intentara relacionar sus crisis con algún conflicto personal, fracasaba sistemáticamente por la tremenda inhibición de sus emociones y vida de fantasía. De este modo, presté especial atención a la modalidad de su conducta verbal y no verbal durante las sesiones intentando tomar contacto emocional con ella, más allá de su enfermedad y sus síntomas. Poco a poco empezó a tomar forma un modo dividido de funcionamiento. Más allá de la personalidad empobrecida y la represión y negación masivas, se vislumbraba una personalidad diferente, con emociones extremadamente intensas, con fantasías violentas y caóticas, que aparecían con sus crisis. Su síntoma señal, el aura visual, era variable dentro del mismo tema y parecía ser una fantasía básica de un valor estructural para moldear el self. Generalmente, se configuraba como sigue: ella se veía a sí misma yendo a una casa. Sentía curiosidad de ver lo que había dentro; iba hacia la ventana y solo podía ver confusamente. Su curiosidad se volvía primero ansiedad y después miedo. Frenéticamente limpiaba los cristales de la ventana incapaz de aclarar su visión del interior de la casa. Su miedo se volvía terror; en ese punto oía un ruido muy fuerte como un terremoto que la rodeaba y perdía la conciencia por un instante con la convulsión parcial del lado derecho de su cuerpo, a la cual ella atendía con miedo y disforia, seguido por una sensación posterior de desorientación. Su aura, un estado de ensoñación con alteración de conciencia (*dreamy-state*), se ajustaba bien con la actitud hacia su tratamiento, ella misma y los otros. Había una mezcla de interés y fuerte resistencia al insight, que sugería que bajo su apariencia plácida se ocultaban ansiedades aterradoras.

El tratamiento duró 8 meses, cuando la paciente lo interrumpió. Después de cuatro meses cesaron las convulsiones de la paciente para reaparecer dramáticamente al final, un hecho al que haré mención posteriormente.

Al principio, las convulsiones ocurrían exactamente como antes, regularmente una vez al mes no relacionadas con su menstruación. Fue evidente durante la segunda convulsión que esta había ocurrido en conexión con conflictos familiares, particularmente con la madre. La paciente se quejaba de que su madre no le permitía trabajar o salir con chicos y la advertía de que si lo hacía sufriría una crisis. De hecho, ella notaba que las convulsiones ocurrían cuando transgredía ciertos límites establecidos relacionados con su independencia, tales como salir para buscar trabajo o para bailar. Cuando volvía a casa había una tensión silenciosa entre madre e hija, que en ocasiones llegaba a discusión abierta que concluía, si no inmediatamente, al menos tras unas pocas horas, en una convulsión. Después de la crisis, la paciente se despertaba en la cama con una madre amorosamente atenta a su lado. En esas ocasiones, su madre dejaba la habitación conyugal e iba a dormir junto a su hija. Después de unos pocos días, en los cuales se la trataba como a una niña pequeña, los esfuerzos de Rosa para persuadir a su madre de que la dejara salir libremente empezaban de nuevo y un nuevo ciclo de independencia y crisis se ponía en movimiento.

La relación madre-hija, que sugería una estructura capaz de hacer regresiones repentinas, señalaba a un intenso conflicto entre independencia y simbiosis. Analizamos este

conflicto de un modo sistemático con el objetivo de trasladar esta ambivalencia a su interior: era ella la que tenía miedo de llegar a ser independiente, la que tenía miedo de separarse de su madre. Este trabajo interpretativo se hizo más fácil cuando Rosa empezó a traer sueños de contenido transferencial en los que ella estaba en la calle, a veces conmigo, en situaciones seriamente peligrosas, accidentes mortales, o en medio de un grupo de perros rabiosos, y en las que su tendencia era correr a su casa en busca de protección. Esos sueños eran la contrapartida de sus estados de ensoñación epilépticos. El trabajo interpretativo aportó muchos datos sobre el mito familiar subyacente y cómo la enfermedad de la paciente estaba insertada en el centro del equilibrio de toda la familia, datos en los que no me detendré.

En cualquier caso, el trabajo interpretativo fue aparentemente confirmado cuando en el cuarto mes el círculo vicioso mencionado no acabó en una convulsión. Rosa, quien había empezado a trabajar como secretaria a pesar de las advertencias maternas, sentía miedo de su nueva independencia y empezó a usar a su madre como pretexto para dejar de trabajar. Simultáneamente, su madre la advertía de los peligros del trabajo y tenía discusiones con su marido por su falta de preocupación sobre su hija. La culpa de la paciente aumentó y fue analizada en las sesiones. Todo esto se incrementó hasta que un día Rosa discutió abiertamente con su madre. Como en ocasiones anteriores, aunque esta vez sin terminar en una crisis, ella dijo que sentía una rabia tan intensa contra su madre que se había encerrado en su habitación y había destruido la planta que su madre le había dado. Había gritado y dado golpes hasta quedar exhausta. Entonces se sintió calmada, pero abrumada con culpa al haber destruido el ficus que había cuidado con tanta dedicación. Plantó los trozos que rescató en una nueva maceta. Ella dijo: "Planté una niña". Le dije a ella que había podido dirigir su rabia hacia afuera, atacando el ficus, que representaba a su madre en lugar de instigar una convulsión. Añadí que el esqueje/niña representaba su persona, alguien que fue capaz de sobrevivir a la ruptura de la estrecha relación con su madre. No tuvo convulsiones durante los siguientes cuatro meses.

Sin embargo, su mejoría desencadenó algunas reacciones en el conjunto de la familia. Su padre intentó interrumpir su tratamiento al quinto mes argumentando que la chica estaba mejor. Yo percibí que estaba ansioso a causa de la presión de la madre que se daba cuenta de que su hija se estaba volviendo más y más independiente. Cuando la independencia de Rosa se incrementó, la relación entre sus padres empeoró, lo cual a su vez acrecentó la presión a hacerla abandonar su terapia. Las cosas llegaron a un punto crítico cuando la madre empezó a mostrar síntomas físicos de lo que yo pensé que era Diabetes Mellitus. Rosa se sentía más y más culpable. Su madre sutilmente la hacía responsable de su estado, pero no veía a un médico. Finalmente, lo que tenía que ocurrir ocurrió: su madre sufrió un coma diabético, de modo que tuvo que ser urgentemente hospitalizada, donde el tratamiento rápidamente la compensó. No solo su madre, sino también toda la familia presionaron a Rosa para permanecer junto a su madre, e incluso intentaron evitar que la dejara para acudir a sus sesiones. A pesar de todo esto, Rosa insistió y estuvimos trabajando hasta que su madre estuvo de vuelta en casa. Dos días después tuvo lugar una dramática escena: en la hora de la sesión, Rosa y sus padres llegaron muy agitados. Rosa había estado durante media hora en un estado de convulsiones subintrantes, que acabaron en un estatus epiléptico en mi consulta. En su presencia ellos me culparon por el estado de su hija. Afortunadamente, yo estaba preparado y pude inyectar Diazepam intravenoso, lo que paró la convulsión. Esta fue la última vez que vi a sus padres. Pude establecer una cita más para ella con la promesa de que el tratamiento iba a finalizar.

En el análisis que hice hace 34 años, cuando publiqué mi experiencia del tratamiento psicoterapéutico de pacientes epilépticos, indiqué que independientemente del aparente fracaso terapéutico -digo aparente porque veinte años después supe, por casualidad, que Rosa nunca más había vuelto a tener convulsiones- y de las posibles críticas hacia la estrategia interpretativa seguida, este caso muestra mucho sobre la relación entre los niveles de comportamiento biológicos y psicosociales. Yo afirmaba que, como expresó Freud, nos encontramos con las psicodinámicas de parricidio o, en este caso más bien matricidio. La convulsión representaba la realización simultánea de dos deseos opuestos: el de matar a la madre y el de intentar evitarlo. La convulsión es la puesta en acto de la solución al conflicto. En el momento en que surge en la paciente la desmentida de sus emociones y la represión masiva de los contenidos cognitivos y puede hablar emocionalmente de su conflicto, se establecen las condiciones para continuar con el proceso de crecimiento hacia una mayor individuación. Yo, como analista fui quien la sostuvo intersubjetivamente en ese proceso. El intento de independencia fracasó, probablemente porque la enfermedad de la madre, que la propia madre manipuló inconscientemente para recuperar el equilibrio familiar previo, aumentó los deseos de muerte de su hija, haciendo incluso más difícil la diferenciación entre fantasía y realidad, necesaria para escapar de la simbiosis. Terminé la presentación del caso afirmando que, sin embargo, esta interpretación psicodinámica no dice nada sobre los mecanismos psicobiológicos que permitieron que se cesaran las convulsiones en esta paciente y reaparecieran con tal intensidad, lo que sugiere que deberíamos investigar más en este campo. Este caso muestra dramáticamente que, en terapia, contenido y proceso son dos cosas diferentes; que el significado de los síntomas dice poco, o nada, sobre los mecanismos de la enfermedad. Con esta idea, y algunos años antes de leer a Grünbaum, yo cuestioné la teoría psicoanalítica de la patógenesis y el cambio terapéutico.

Pero mi trabajo con epilépticos no duró mucho tiempo. Cuando busqué en la literatura, encontré que el interés psicoanalítico temprano en el estudio de la epilepsia, en el que Freud, Stekel, Pierce Clark, Kardiner, Greenson y, en América Latina, Pichon Rivière fueron prominentes, se abandonó pronto. Es probable que este interés fuera más bien teórico, ya que parecía ser una búsqueda de evidencia de los aspectos económicos de la teoría de la libido. Impresionado por la descarga energética en las convulsiones epilépticas y buscando una comprensión de las crisis de descarga emocional, la tendencia a actuar, la compulsión a la repetición, etc., esos autores pudieron haber visto en la epilepsia un buen ejemplo de la teoría. El progresivo abandono de la teoría de la libido, la falta de efectividad del tratamiento puramente psicoterapéutico, así como la aparición del EEG, causó que el interés por el estudio psicoanalítico de la epilepsia declinara drásticamente en los años cuarenta del pasado siglo. Cuando me di cuenta de que yo era el único atraído por este estudio y de que ni los psicoanalistas de mi sociedad ni los neurólogos de mi universidad mostraban ningún interés en el estudio psicodinámico de la epilepsia, también abandoné ese campo de la investigación clínica y partí a Ulm, Alemania, para formarme en investigación empírica en proceso psicoanalítico. Mi decisión estuvo basada en la idea de que era necesario construir una base común en la cual la hermenéutica pudiera dialogar con las ciencias naturales y, para hacer esta conversación posible, el psicoanálisis debería empezar intentando operacionalizar sus constructos. En los últimos años setenta del pasado siglo la brecha entre el psicoanálisis y las neurociencias era demasiado ancha, una situación que desde el trabajo de Erik Kandel y otros neurocientíficos durante los últimos 30 años y los descubrimientos de la última década sobre la interacción entre genes y ambiente ha empezado a cambiar. Como ha mostrado la emergencia del neuropsicoanálisis, este reacercamiento ha hecho que el

estudio psicoanalítico de las condiciones neurológicas sea de nuevo un campo interesante (Kaplan-Solms y Solms, 2002). En todo caso, mi integración dentro del grupo de Ulm me hizo descubrir un mundo psicoanalítico generosamente abierto. El grupo universitario, dirigido por Helmut Thomä, era en ese tiempo un caldero de pensamiento crítico y pronto sentí los beneficios intelectuales de tal atmósfera creativa.

Durante el siglo veinte, el campo de la psiquiatría experimentó lo que Kenneth Kendler (2005) llamó correctamente la *batalla de paradigmas*. A comienzos del último siglo, la psiquiatría estaba empezando a establecerse como rama médica y como disciplina, especialmente en el mundo de habla alemana. Entre otros, Kraepelin, Bleuler y el mismo Freud discutían los principios etiopatogénicos que deberían organizar la naciente psiquiatría. Como George Makari convincentemente mostró en su libro *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis* (2008), el psicoanálisis fue, entre otras cosas, la propuesta que Freud y su grupo hizo al mundo académico en respuesta a la pregunta de qué es la enfermedad mental, qué la causa, cuáles sus mecanismos de producción y cómo debería ser tratada. La historia que sigue es bien conocida. Durante el siglo veinte, el rechazo por la academia de los procesos mentales inconscientes y la noción de que también es posible enfermar por razones biográficas, llevó al desarrollo del psicoanálisis como una disciplina hermenéutica independiente que buscaba llegar a ser epistemológicamente autónoma. Sin embargo, la ilusión de autarquía ha resultado en un psicoanálisis aislado de la ciencia natural y del resto de las disciplinas de la mente. Esta situación puede haber sido inevitable, dado que aunque Freud nunca abandonó la idea de que la mente y el cerebro son dos caras de la misma moneda y que en algún momento llegaríamos a descubrir drogas que pudieran modificar el comportamiento patológico, el conocimiento sobre el cerebro que tenía la academia al principio del siglo veinte no estaba al nivel del descubrimiento central del psicoanálisis: una mente dinámica con motivaciones inconscientes. La neurología de la época aún no había terminado de describir la anatomía macroscópica del cerebro; las neuronas y la sinapsis acababan de ser descubiertas. En este contexto, el principal marco intelectual de la psiquiatría no podía llegar más allá del paradigma anatómico-funcional avanzado por el neuropsiquiatra alemán Wilhem Griesinger algunas décadas antes: *las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro*. Por cierto, desde el punto de vista ventajoso del conocimiento actual no nos oponemos a la afirmación de que las enfermedades mentales sean enfermedades del cerebro, con la diferencia de que la definición de cerebro ha cambiado radicalmente. La neurociencia ha descubierto que el cerebro relevante para los trastornos mentales es el así llamado *cerebro social*, el cual solo se desarrolla dentro del contexto de las relaciones personales; así, hablamos sobre mente/cerebro como dos caras de la misma moneda.

El problema del siglo XX, entonces, parece haber sido que cada orientación defendía su propio paradigma como la única explicación válida y rechazaba todos los demás como equivocados o irrelevantes. Había una psiquiatría predominante, la biomédica y otras psiquiatrías más o menos marginales, como una psiquiatría psicoanalítica o psicodinámica, una psiquiatría fenomenológica, una psiquiatría conductual y social, etc., sin interconexiones epistemológicas y metodológicas que hicieran posible un diálogo constructivo entre ellas. Dentro del psicoanálisis se daba un fenómeno similar, en el que varias escuelas y orientaciones luchaban por el derecho a ser las verdaderas herederas de Freud y donde todo lo que estaba fuera del canon escolástico era etiquetado como *no psicoanálisis*. En el contexto de crisis de paradigma en psicoanálisis, donde los expertos no pueden alcanzar consenso sobre lo que es verdadero psicoanálisis, los desarrollos de las últimas décadas en investigación de proceso y resultado en psicoterapia y en

neurociencia del cambio psicológico, han añadido presión y agudizado la controversia sobre la construcción de teoría en psicoanálisis.

Pero los tiempos han cambiado también para la corriente dominante en psiquiatría. Los manuales DSM/CIE como sistemas diagnósticos, estándares de oro de la psicopatología, están ahora bajo intensa crítica y la psiquiatría está pasando por una etapa de profunda reformulación. Una razón detrás de esto es que la investigación en psiquiatría se ha centrado en los trastornos mentales definidos de acuerdo a los criterios del DSM y/o CIE. La crítica central apunta al hecho de que el DSM es un sistema diagnóstico basado en la presentación clínica de signos y síntomas, con razonable confiabilidad pero con una dudosa validez. Por ejemplo, el diagnóstico de depresión mayor del DSM-IV, un trastorno altamente prevalente, no reúne ninguno de los estándares de validez comúnmente aceptados (Maj, 2012). Así, la investigación en psiquiatría enfrenta el desafío mayor del enorme pleomorfismo clínico (Mann, 2010). A la inversa, es altamente probable que los síndromes heterogéneos agrupados dentro de un trastorno incluyan diferentes mecanismos fisiopatológicos.

Considerando esta situación, el Instituto Nacional de Salud Mental (EE. UU.) ha lanzado recientemente la iniciativa de *Research Domain Criteria* (RDoC) con el objetivo de dirigirse al “desarrollo, para objetivos de investigación, de nuevas formas de clasificar los trastornos mentales basadas en dimensiones de conducta observables y medidas neurobiológicas” (Cutberth e Insel, 2013, p. 4). El Proyecto RDoC propone que el futuro de la investigación psiquiátrica y psicoterapéutica debería centrarse en los sistemas que subyacen a las capacidades psicológicas básicas (tales como el neurocircuito de recompensa y los sistemas neurales implicados en la auto-representación, la teoría de la mente, el apego/miedo a la separación y los sistemas de valencia negativa y positiva), más que en trastornos discretos del DSM.

Más que empezar con definiciones de trastornos basadas en síntomas y trabajar hacia su fisiopatología, RDoC invierte este proceso. La ciencia básica -en genética, otras áreas de neurociencia y ciencia de la conducta- sirve como punto de partida y los trastornos son considerados en términos de disrupciones de la operación de rango normal de esos sistemas, con énfasis en los mecanismos que sirven para producir disfunciones de diversos grados” (Cuthberth e Insel, 2013, p. 4).

Por tanto, RDoC es una aproximación transdiagnóstica. A primera vista RDoC parece ser una iniciativa reduccionista en la medida en que considera las enfermedades mentales como enfermedades del cerebro. Pero mirada atentamente muestra una visión más sofisticada. Realmente, RDoC

no supone que las disfunciones neurales sean las únicas causas de los trastornos mentales, sino que reconoce los avances en las ciencias de salud mental que muestran que las causas o riesgos de los trastornos mentales pueden operar en muchos niveles, incluidos los genéticos y neuronales, el individuo, el entorno familiar y el contexto social. Fundamentalmente, esta visión multinivel o multifactorial de la causalidad (o riesgo), reconoce y pretende acomodar el hecho de que las intervenciones en esos varios niveles pueden afectar al inicio y al curso, desempeñando un papel en la prevención primaria y después en el manejo y tratamiento” (Bolton, 2013, p. 24).

RDoC es una aproximación multinivel y transdiagnóstica que reconoce la causalidad “de abajo-arriba”, así como la causalidad “de arriba-abajo”. En mi visión, RDoC abre una ventana de oportunidad para la colaboración entre la neurociencia y un psicoanálisis abierto a la investigación; el siglo XXI puede representar una segunda oportunidad para el psicoanálisis, como disciplina de la mente motivada inconscientemente, para construir puentes con la ciencia natural y la psiquiatría.

Mi opinión es que el psicoanálisis se beneficiará de un diálogo activo con disciplinas relacionadas. Pero, para que este diálogo sea fructífero, el psicoanálisis no solo debe incorporar las contribuciones de otras disciplinas en su desarrollo de la teoría y la práctica, sino que a su vez debe contribuir a definir y señalar áreas relevantes para que otras disciplinas desarrollen investigación y conocimiento científico importantes. En el caso de las neurociencias, Kandel (1998) ha enfatizado la necesidad de que el psicoanálisis “*defina para la biología las funciones mentales que necesitan ser estudiadas para una comprensión sofisticada y significativa de la biología del ser humano*” (p. 459; cursivas del autor). A través de esta contribución el psicoanálisis puede llegar a ser un participante activo, *junto con otras disciplinas relacionadas*, en el intento de entender la mente (Kandel, 1998, 1999). Desde otro punto de vista, las teorías y conceptualizaciones psicoanalíticas más recientes de la intervención clínica pueden definir áreas de estudio clínicamente relevantes para que la investigación en psicoterapia desarrolle líneas de estudio. A su vez, el psicoanálisis puede ayudar a organizar y dar sentido a los hallazgos empíricos dentro de la investigación en psicoterapia, reforzando así, a cambio, el desarrollo de la teoría psicoanalítica de tal modo que esté en permanente contacto con los desarrollos actuales de disciplinas relacionadas. Además, la investigación rigurosa y sistemática de procesos terapéuticos conducidos psicoanalíticamente constituye también una oportunidad para promover un desarrollo sistemático y ligado a la práctica de la teoría psicoanalítica.

La investigación interdisciplinar puede también servir como marco para el diálogo entre orientaciones psicoanalíticas y como medio para construir un pluralismo *real* en psicoanálisis. En esta línea, Fonagy y Target (2003) han revisado sistemáticamente las principales teorías psicoanalíticas comparándolas con los resultados de la investigación empírica en psicopatología del desarrollo. Esta rama emergente de psicología del desarrollo ofrece buena perspectiva comparativa (desde *el infante observado*) para limitar el alcance de lo que Daniel Stern (1985) llamó el *infante clínico*. Sin embargo, somos plenamente conscientes de que esto no es una tarea fácil. Carlo Strenger (1991) nos recuerda -tomando la investigación de resultados en psicoterapia como un caso ejemplar- que, en psicoanálisis:

La comparación entre teorías y prácticas alternativas (...) es (...) más complicada de lo que podría asumir un no-pluralista. Implica diferentes tipos de operaciones intelectuales. Una de ellas por supuesto puede ser la investigación empírica de la eficacia terapéutica relativa de los enfoques. Incluso aquí, sin embargo, entra en juego una complejidad añadida. Dado que las formas de terapia pueden estar guiadas por diferentes perspectivas, puede que no sea posible traducir su terminología sobre estándares de salud mental entre sí. Por tanto, la comparación empírica directa debe ir precedida de una investigación conceptual cuidadosa de las preguntas sobre las cuales los enfoques son conmensurables. La posición pluralista implica que el resultado de tal investigación puede ser bastante frustrante, e incluso es posible que no se encuentre terreno común para la comparación (p. 160-161).

En este punto de mi desarrollo, me perturba una duda: ¿hasta qué punto mi experiencia de haber montado en dos caballos simultáneamente durante casi 40 años -clínica psicoanalítica por un lado e investigación y academia por otro- tiene sentido para los psicoanalistas clínicos? Esta experiencia sostiene las reflexiones que he estado compartiendo con ustedes. Estoy proponiendo abrir el psicoanálisis a una historia de amor renovado con el mundo exterior y me he dado cuenta de que todavía temo que la brecha sea demasiado amplia, que muchos no estarán en posición de aprovechar esta oportunidad para aprender unos de otros.

En este trabajo, que se está aproximando a su final, he expuesto cómo yo he experimentado y resuelto las tensiones que atraviesan el psicoanálisis contemporáneo, especialmente en su relación con disciplinas afines de la mente y con la psiquiatría. Ahora, el lector interesado probablemente espera que me refiera al futuro del psicoanálisis. Me temo que lo decepcionaré. El futuro depende de lo que nosotros hagamos en el presente. En todo caso, como resultado de 30 años de implicación política en la IPA intentando dirigir la atención a temas críticos, el escenario futuro de la profesión y del psicoanálisis como disciplina científica no me parece particularmente auspicioso. El presidente de la IPA, en su mensaje del pasado fin de año (2016), no iluminó ninguno de estos temas críticos; dirigió más bien una mirada excesivamente optimista al desarrollo presente y futuro del psicoanálisis. Después de un amplio periodo en el que los líderes de la IPA lucharon por una renovación, parece que estamos siendo testigos de un periodo de contra-reforma. El psicoanálisis-IPA se comporta como la madre de mi paciente Rosa, que mantenía la ilusión de simbiosis y no permitía la individuación de su hija por miedo catastrofista de ruptura familiar. El psicoanálisis-IPA no reconoce a sus hijas legítimas; no permite usar el nombre de la familia, psicoanalítica, a las diversas formas de psicoterapia psicodinámica, tales como las psicoterapias breves, el psicoanálisis de baja intensidad, la terapia familiar psicodinámica, la psicoterapia centrada en la transferencia (PCT), la terapia basada en la mentalización (TBM), etc. El psicoanálisis-IPA no permite la diversidad terapéutica por el miedo catastrofista a la disolución de la identidad psicoanalítica. Pero, ¿cuál es el futuro de una identidad que no admite la diversidad ni el cambio?

Personalmente, he decidido retirarme de la política psicoanalítica y concentrarme, durante los últimos años de mi carrera académica, en desarrollar líneas de investigación interdisciplinaria en epigenética y psicoterapia y, en mi práctica privada, en continuar ayudando a personas que sufren y que necesitan saber más sobre sí mismas y sobre las razones de su sufrimiento.

En todo caso, el siglo XXI propone para el psicoanálisis una tarea gigantesca, a saber, aprovechar la oportunidad para construir nuevos puentes con las ciencias naturales y con el paradigma psiquiátrico de reciente aparición, que en principio no rechaza la motivación inconsciente. Sin embargo, para que esta tarea se cumpla, la disciplina y la profesión psicoanalíticas deben estar a la altura. En la interacción efectiva con otras disciplinas, el psicoanálisis debe estar preparado para cambios importantes en su propia teorización y en la práctica de los tratamientos psicoanalíticos, lo cual requiere liderazgo intelectual y político. Las propuestas para la acción están ahí. Colegas eminentes, tales como Kernberg y Michels (2016), Schachter y Kächele (2017) y Thomä mismo en un trabajo póstumo (2005), entre otros, han ofrecido caminos para seguir. Si no somos capaces de cambiar el curso, me temo que nuestra profesión seguirá declinando como muchos expertos prevén; además, los insights más apreciados de nuestra disciplina serán absorbidos por la psicología dentro de un contexto que hace posible su validación científica; esto está ya

ocurriendo con la idea de inconsciente. El psicoanálisis puede prevalecer como una hermenéutica profunda general, aun cuando multicolor, pero la actividad clínica psicoanalítica, que está cada vez más sujeta al escrutinio de la medicina basada en la evidencia, continuará en un proceso de marginación. Para parafrasear a Freud, solo puedo esperar que en la lucha entre petrificación psicoanalítica y renovación, “la otra de las dos `fuerzas celestiales´, Eros eterno, presente su fuerza para mantenerse junto a su adversario igualmente inmortal” (Freud, 1930/1992, p. 244). Pero, ¿quién puede prever lo que el futuro nos depara?

Referencias

- Bolton D. (febrero, 2013). Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry*, 12(1). <https://dx.doi.org/10.1002/wps.20004>
- Bruzzone, M. Casaula, E. Jiménez, J. P., Jordán, J. F. (1985). Regression and persecution in analytic training. reflections on experience. *International Review of Psycho-Analysis*, 12, 411-415.
- Cuthbert, B. N. e Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. <https://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Fonagy, P. (2000). Grasping the nettle: Or why psychoanalytic research is such an irritant. *British Psychoanalytical Society Bulletin*, 36, 28–36.
- Fonagy, P. y Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Routledge.
- Freud, S. (1992). Dos artículos de enciclopedia. En *Obras Completas* (Vol. XVII, pp. 227-254). Buenos, Aires, Argentina: Amorrortu. (Obra original publicada en 1923[1922])
- Freud, S. (1992). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (Vol. XXI, pp. 57-140). (Obra original publicada en 1930 [1929]).
- Green, A. (2005). The illusion of common ground and mythical pluralism. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 627–635.
- Israel P. (1999). Introduction to the Report of the Committee on Psychoanalysis and Allied Therapies. *International Psychoanalysis*, 8(1), 14-18.
- Jiménez, J. P. (1979). Multicausalidad en psiquiatría dinámica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 17, 36-42.
- Jiménez, J. P. (1984). Epilepsia focal y psicoterapia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 22, 109-117.
- Jiménez, J. P. (1999). (Widening) lines of advance in psychoanalytic therapy. *International Psychoanalysis*, 8(1), 19-20.
- Jiménez, J. P. (2003). From threat to opportunity. *International Psychoanalysis*, 12 (1): 26-27.
- Jiménez, J. P. (2006). After pluralism: A new integrated psychoanalytic paradigm. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1487-1507.
- Jiménez, J. P. (2009). Grasping psychoanalysts’ practice in its own merits. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 231–248.
- Jiménez, J. P. (2015). Psychoanalysis in postmodern times: Problems and challenges. *Psychoanalytic Inquiry*, 35, 609–624. <https://dx.doi.org/10.1080/07351690.2015.1055221>
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457-469.

- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156 (4): 505-524.
- Kaplan-Solm, K. y Solms, M. (2002). *Clinical studies in neuro-psychoanalysis. Second edition. Introduction to a depth Neuropsychology*. Londres, Reino Unido: Karnac.
- Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162, 433-440.
- Kernberg, O. (2012). Suicide prevention for psychoanalytic institutes and societies. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 60(4), 707-719.
- Kernberg, O. F. y Michels, R. (2016). Thoughts on the present and future of psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(3), 477-493.
- Maj, M. (2012). Development and Validation of the current concept of major depression. *Psychopathology*, 45,135-146.
- Makari, G. (2008). *Revolution in mind: The creation of psychoanalysis*. Nueva York, Estados Unidos: Harper Collins Publishers.
- Mann, J. J. (octubre, 2010). Clinical pleomorphism of major depression as a challenge to the study of its pathophysiology. *World Psychiatry*, 9, 3, 167-168.
- Schachter, J. y Kächele, H. (2017). *Nodal points: Critical issues in contemporary psychoanalytic therapy* [version Kindle]. Recuperado de www.IPBooks.net
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal world of the infant. A view from the psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Strenger, C. (1991). *Between hermeneutic and science. An essay on the epistemology of psychoanalysis*. Madison, Estados Unidos: International University Press, Inc.
- Thomä, H. (2015). Remarks on the first century of the International Psychoanalytic Association and a utopian vision of its future. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(2), 109-132.
- Wallerstein, R. S. (1988). One psychoanalysis or many? *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 5-21.
- Wallerstein, R. S. (1990). Psychoanalysis: The common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 3-20.