

Relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis (desde finales del siglo XIX hasta el momento actual)

Psiquiatría y
Psicoanálisis

Resumen

En este artículo se considera las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis a lo largo de los años. Limitando esa consideración al campo de la patología mental, se analiza la totalidad de las enfermedades mentales y su asistencia en diferentes “espacios de atención psiquiátrica”. Se delimita cinco etapas evolutivas, desde el nacimiento del psicoanálisis en la psiquiatría, pasando por su transformación en “psiquiatría general” y la consiguiente hegemonía que ejerció en el campo, luego su caída y el resurgimiento simultáneo de la psiquiatría, hasta el momento actual en que todo parece valer igual, teórica y prácticamente. Se responde a varias preguntas sobre el carácter positivo y negativo de las relaciones psiquiatría y psicoanálisis, para concluir en la necesidad de una hipótesis de trabajo psiquiátrica que se fundamente en la totalidad de los hechos clínicos, dado que si es “parcial” se vuelve necesariamente dogmática.

Palabras clave

Psiquiatría
Psicoanálisis
Historia
Hipótesis psiquiátricas

Este artículo tiene como objetivo considerar algunos aspectos de las relaciones que entre psiquiatría y psicoanálisis se han ido configurando a lo largo de más de cien años. Primero se hace una breve introducción sobre las dificultades que se tiene en la actualidad para querer decir algo sobre estas relaciones. Segundo, se señala que dichas relaciones, determinadas por la enfermedad mental como objeto común de saber y praxis de la psiquiatría y del psicoanálisis, deben ser

Summary

This article explores relationships between psychiatry and psychoanalysis along past years. Limiting that consideration to the field of mental pathology, the assistance of mental illness in different “psychiatric care areas” is discussed. Five evolutionary stages are delimited, from the birth of psychoanalysis in psychiatry, throughout its transformation in “general psychiatry” and the consequent hegemony that it exerted in the field, through its fall and the concurrent resurgence of psychiatry, until the present time when everything seems to be worth the same, theoretically and practically. Answers are posed to several questions about the positive and negative liaisons between psychiatry and psychoanalysis, to conclude about the need of a psychiatric working hypothesis based on the entire body of clinical facts, since if it is “partial” it necessarily becomes dogmatic.

Keywords

Psychiatry
Psychoanalysis
History
Psychiatric hypotheses

consideradas desde los principios de la medicina* y visualizando la totalidad del campo de la atención psiquiátrica. En tercer lugar, se analiza la evolución de estas relaciones desde fines del siglo XIX hasta el momento actual, para finalizar respondiendo a las preguntas hechas por el coordinador de la presente publicación sobre “las luces y las sombras de las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis”.

Autor

Humberto Casarotti

Médico Psiquiatra, Neurólogo, Médico legista; ex perito psiquiatra del Instituto Técnico Forense.

Correspondencia:

Presidente Berro 2529/31
CP 11600 - Montevideo
E-mail: hcasaro@adinet.com.uy

* Por la actitud ambigua actual de la sociedad frente a la medicina, el título de esta presentación –aunque redundante– debería haber sido “relaciones entre la psiquiatría, rama de la medicina, y el psicoanálisis”. Así queda planteado correctamente el contexto en que las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis deben ser consideradas, ya que fue en la patología mental, objeto de la psiquiatría, donde se descubrió la realidad del inconsciente y su fuerza.

I. Introducción

El objetivo planteado no es fácil de alcanzar por dos elementos que caracterizan el contexto cultural actual. Primero, porque cierta impregnación psicoanalítica de la cultura ha llevado a pensar al psicoanálisis como psiquiatría*. Y segundo, porque los términos técnicos del campo semántico psiquiátrico vulgarizándose, han terminado por constituir un lenguaje sui generis, donde las palabras se han convertido en significantes “insignificantes”. Es suficiente con ingresar a internet, con prestar atención a los medios de comunicación, con escuchar lo que se habla en la calle y también en ámbitos técnicos, para comprobar que palabras como: “paciente”, “clínica psicológica”, “terapéutica”, “patología”, “estrés”, “psico-somático”, “bio-psico-social”, etc., aplicadas sin objetividad ni rigurosidad han perdido significado. En consecuencia, no es tarea sencilla “hablar para decir algo” de las relaciones psiquiatría y psicoanálisis. Más aun cuando a esa banalización del lenguaje psiquiátrico se ha sumado la “operación deconstruccionista”, que hace pensar que no tiene sentido discurrir sobre algo, dado que el significado de un texto siempre “es otro” y además “diferido”, y porque se afirma que el lector liberado del autor puede, en ese “juego libre”, decidir lo que un texto significa. Esa dificultad para decir algo compartible en psiquiatría, se incrementa al límite cuando las personas participan de dos planteos que se refuerzan recíprocamente: por un lado, la idea de que el “sujeto de la acción” es solo una ilusión gramatical y, por otro, el mito de que la enfermedad mental no es un fenómeno natural.

Sin embargo, a pesar de este contexto y de que es quimérico creer que es posible liberarse de todo prejuicio, como la “vida es breve y la ocasión fugaz”, el autor va a considerar las relaciones psiquiatría/psicoanálisis desde “su lugar” profesional de médico psiquiatra**. Desde esta posición profesional afirma que ser psiquiatra es, por un lado, adquirir experiencia clínica de los diferentes tipos de pacientes que integran el campo de la patología mental y, por otro, que lograr esa experiencia implica utilizar algunos conceptos psicoanalíticos (mecanismos de defensa, transferencia, contra-transferencia, insight, etc.).

II. Contexto médico y “espacios de atención” requeridos por la asistencia de los pacientes psiquiátricos

A. Contexto médico. Es desde la perspectiva de la medicina que corresponde hacer el análisis de la relación psiquiatría/psicoanálisis, dado que es en ese contexto que la asistencia de los pacientes con patología mental debe realizarse. Modelo médico implica un saber científico sobre la enfermedad mental y una hipótesis sobre la vida psíquica normal, así como una praxis que abarque el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, la consideración de su causalidad y patogenia y un objetivo terapéutico, siendo esa praxis regulada por un sistema de principios éticos o de responsabilidad profesional.

B. Espacios de atención psiquiátrica. Uno de los puntos importantes al analizar las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis es la imprecisión respecto a los términos psiquiátricos la cual, en gran parte, se origina en el hecho de que los conceptos que se manejan no toman en cuenta la totalidad del campo de la patología mental. El área de atención psiquiátrica es muy amplia y comprende diferentes grupos de pacientes. En consecuencia, para poder conceptuar a la patología mental es necesario conocer a los pacientes en su real amplitud y no solo sobre la base de algunas de sus formas.

Si bien el género de las enfermedades mentales, por el carácter de unidad de la vida mental, constituye una categoría homogénea (que la doctrina de la “psicosis única” o de “la alienación mental” expresó)¹, la práctica clínica evidencia que esa unidad se presenta según formas clínicas que se distribuyen en diferentes “espacios de atención psiquiátrica”. Esta distribución natural está determinada por dos elementos: por el grado de autonomía que el paciente conserva y por el objetivo terapéutico que en cada caso se busca lograr.

Esta distribución especial de los pacientes psiquiátricos es lo que hace “especial” a la especialidad médica que es la psiquiatría, pero en el entendido de que cualquier paciente puede, a lo largo de su enfermedad, requerir estos diferentes espacios***. Los cuatro

* Esta identificación, como se verá a lo largo de estas páginas, ya no está presente en los países en que la psiquiatría ha vuelto a ser naturalmente médica.

** Cabe destacar que en los últimos años son muchos los psicoanalistas que en sus recetas y certificados se identifican como psiquiatras. Este hecho parece corresponder tanto a una revalorización de la profesión, como al reconocimiento de que se es psiquiatra, “especializado en psicoanálisis”.

*** El hecho de que un mismo paciente sea atendido, según el momento evolutivo de su afección, en diferentes espacios, evidencia lo inadecuado que es humanamente y también técnica y económicamente fragmentar la asistencia psiquiátrica en manos de varios psiquiatras.

“espacios de atención” son: el consultorio, el medio familiar, el hospital de agudos, y el hospital de crónicos, o asilo*. En cada uno de estos espacios de atención los pacientes son asistidos de modo diferente, de acuerdo con: a) el momento evolutivo, b) el objetivo terapéutico que hay que encarar, c) los métodos que cada espacio ofrece, y d) el grado de autonomía que el paciente conserva.

1. El “*consultorio*”. Actualmente, la mayor parte de quienes utilizan este espacio de atención no son pacientes psiquiátricos sino personas cuyo motivo de consulta no es propiamente una afección mental. A estas personas se agregan pacientes con trastornos de carácter, una amplia gama de pacientes neuróticos con o sin síntomas y algunos casos con trastornos psicóticos crónicos o con manifestaciones periódicas fuera de las crisis. Aquí el objetivo es lograr que el paciente funcione mejor que antes, para lo cual los métodos utilizados con frecuencia integran psicofármacos a la aproximación primordialmente psicológica**. La relación médico-paciente es como la que se establece en otras ramas de la medicina y semejante, aunque no idéntica, a la relación que mantienen dos adultos capacitados cuando acuerdan en otros contratos.

2. El “*medio familiar*”. Este tipo de cuidados es aplicado a los pacientes que requieren que su decisión de tratamiento sea complementada por una actitud más activa por parte del psiquiatra y también por parte de familiares. Los pacientes atendidos mediante ese seguimiento en su medio, son los pacientes del consultorio cuando se descompensan, es decir, cuando a su trastorno crónico se agregan manifestaciones de ansiedad, depresión, etc. En esas circunstancias la relación médico-paciente cambia para hacerse semejante a la que un padre establece con un hijo adolescente. El objetivo es evitar que el paciente aumente su deterioro funcional, para lo cual es necesario movilizar sus recursos psicológicos, estimularlo en su actividad, controlar que cumpla con el tratamiento y prevenir sus descompensaciones. En el cumplimiento de este objetivo la familia está de un modo u otro implicada en el tratamiento.

3. El “*hospital de agudos*”. Esta forma de asistencia se aplica a pacientes que presentan: episodios agudos (manía, depresión, crisis delirantes, crisis de angustia); episodios de descompensación de psicosis crónicas o de otros trastornos (por ejemplo, crisis agudas de pacientes con retardo o demencia, curas de alcoholismo y drogas, etc. En estos casos el objetivo es resolver el trastorno lo más rápidamente posible, buscando que el paciente recupere su nivel de funcionamiento previo. Por lo general este “tratamiento de un episodio agudo” comienza en un servicio de emergencia (ambulancia, puerta de guardia) para pasar luego a un medio hospitalario (salas psiquiátricas de hospitales generales, hospitales psiquiátricos de “agudos”), en un contexto de tipo médico y requiriendo habitualmente tratamiento somático. La relación médico-paciente implica el cuidado que un adulto debe tener frente a alguien que está incapacitado transitoriamente.

4. El “*hospital para institucionalizar (internar)*”. Respecto a cierto número de pacientes el objetivo no es estrictamente terapéutico sino el proporcionarles a estos pacientes alojamiento protegido, nutrición adecuada, solución a emergencias médicas, etc., dado el nivel de incapacidad que padecen por la enfermedad o por la carencia total de apoyo familiar. Estos objetivos que generalmente se cumplen en hospitales de tipo custodial y la relación médico-paciente es la que se tiene con discapacitados severos.

Los diferentes pacientes asistidos en estos cuatro espacios pueden ser ordenados de acuerdo con la clasificación propuesta por H. Ey en 1954² (Tabla 1).

* En psiquiatría es conveniente, desde el punto de vista conceptual y práctico, diferenciar la “hospitalización” por episodios agudos de la “internación o institucionalización” por estados de incapacidad. Corresponden a dos necesidades asistenciales diferentes, por un lado, el tener que solucionar rápidamente una crisis y, por otro, el deber de cuidar a pacientes incapacitados por su enfermedad mental.

** Ya “en 1974 en EE. UU., 3/5 de los psicoanalistas prescribían psicofármacos” (cf. ref. 4, p. 62).

Tabla 1 |

Patología del campo de la conciencia (psicosis agudas)	Patología de la personalidad (psicosis y neurosis crónicas)
Crisis maníaco-depresivas	Desequilibrio (trast. de carácter) Neurosis
Bouffées delirantes y alucinatorias. Estados oníroides	Delirios crónicos y esquizofrenias
Psicosis confuso-oníricas	Demencias Oligofrenias (retardo mental)
patología transitoria	patología persistente

* Proyectando los datos de prevalencia de patología mental en EE. UU. (de 12-14%, más un 6% de consultas por “códigos V o Z” o “motivos de consulta no propiamente enfermedad mental”) sobre la población uruguaya de 18 años o más (unos 2.400.000), las personas a atender serían alrededor de 400.000. Sobre la base de esa proyección puede estimarse el número de pacientes por año: a) los pacientes asistidos en consultorio serían alrededor de 350 mil, con patología mental menor (200 mil) y con motivos de consulta por problemas existenciales (códigos V, 150 mil); b) los pacientes seguidos en “medio familiar” serían un porcentaje variable de los pacientes de consultorio; c) los pacientes hospitalizados unos 10 mil y los pacientes internados o asilados entre 600 y mil.

** No siempre se tiene en cuenta que los casos presentados por Freud, que sirvieron y sirven de modelo para el estudio del pensamiento psicoanalítico, excepto el caso del “Hombre de los Lobos”, no fueron seguidos por mucho tiempo y además que el objetivo buscado no era primariamente terapéutico (por ejemplo, el “caso Dora” fue tratado por 11 semanas, el caso del “Hombre de las Ratias”, por 11 meses); incluso el juez Schreber fue un paciente que Freud nunca vio.

El distribuir la patología mental en estos dos subgéneros: por un lado, el de los episodios o crisis de desorganización del campo de la conciencia (patología mental transitoria o aguda) y, por otro, el de las alteraciones de la trayectoria de la personalidad (patología mental persistente o crónica), tiene significación teórica y práctica. Desde el punto de vista práctico es útil para el objetivo de esta presentación porque permite visualizar dónde se realiza la asistencia y quiénes la llevan a cabo. La *patología mental aguda* que es, por decirlo así, “más médica” por presentarse al médico general y al psiquiatra que trabaja en centros hospitalarios y por requerir generalmente tratamientos biológicos. Y por otro, *la patología crónica* que es “más psíquica” especialmente en sus categorías “superficiales” (trastornos de carácter o de “personalidad” y neurosis), las cuales son asistidas en consultorio por los psiquiatras, por los psicoanalistas no médicos y por otros psicólogos.

Esta “mirada macroscópica” de la patología mental, respecto a dónde y por quién es asistida, evidencia que los psicoanalistas y psicólogos trabajan habitualmente solo con algunas categorías del subgénero crónico (trastornos de personalidad, neurosis y algunas formas menores de afecciones graves). Y si bien el número de pacientes de esas categorías crónicas es importante*, hay que destacar que la experiencia clínica que con su estudio se adquiere es limitada, por el carácter menor de dicha psicopatología. Si a eso se le agrega

que actualmente gran parte de las personas atendidas en los consultorios no son pacientes psiquiátricos, se debe concluir entonces que cuando se trabaja solo en consultorio el conocimiento que se tiene del campo psiquiátrico es muy discreto y de ninguna manera representativo de la realidad de la patología mental**.

III. Evolución de las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis

La *psiquiatría* nació cuando en el siglo XVI después de la época demonológica se percibió a la enfermedad mental como fenómeno natural y no sobrenatural, es decir, como desorden del orden natural del cuerpo. Y se inició como especialidad médica a finales del XVIII, desarrollándose durante el XIX en un contexto de pensamiento mecanicista. En cambio, el *psicoanálisis* nació a finales del XIX cuando en la patología neurótica se descubrió que el sujeto “paciente” a nivel consciente, era el “agente inconsciente” de su trastorno. El inconsciente es descubierto en el análisis de la patología mental porque es en las formas de vida mental regresiva (o sea, patológicas) que manifiesta su fuerza, constituyéndose en el objeto formal de un nuevo saber: el psicoanálisis. Es decir, que el descubrimiento del inconsciente y, por consiguiente, el psicoanálisis, dependieron

en su punto de partida de la realidad de la patología mental.

Durante el siglo XIX se fueron reconociendo varios de los síndromes psiquiátricos, especialmente los cuadros psicóticos agudos y las formas del delirio crónico. A fines del siglo XIX y comienzos del XX, la psiquiatría se desarrolló a través del análisis de lo que constituye la “psiquiatría nuclear”: primero los delirios crónicos, luego la Demencia Praecox y en tercer lugar la esquizofrenia. Ese desarrollo implicó fundamentalmente dos aspectos. Primero, el reconocimiento de la enfermedad mental como desorden orgánico y el carácter estructural de su manifestación clínica (diferencia cualitativa entre las estructuras psíquicas normales y las patológicas, y en consecuencia la necesidad de hacer un abordaje semiológico diferente que constituyera una “lectura psicológica de lo patológico”, de las estructuras psicopatológicas en su realidad)³. Segundo, la introducción de una interpretación psicoanalítica del contenido de las psicosis y el reconocimiento de la subjetividad del paciente, es decir, comprender a la enfermedad mental como un modo humano de vivir.

El psicoanálisis, en cambio, inició su historia hacia finales del siglo XIX, estudiando los trastornos que en aquel entonces eran denominados “neurosis”. En el hospital de la Salpêtrière (Tabla 2), la patología de los pacientes era distribuida de acuerdo con el

diferente interés de dos tipos de médicos, unos, los alienistas que luego serán los psiquiatras y otros, aun sin especialidad precisa, y que serán después los neurólogos.

Como este cuadro indica, los dos principios de la ordenación de los pacientes eran: el tipo de manifestaciones (mentales o somáticas) y la existencia o no de anatomía patológica. Y como se ve las “neurosis” no eran consideradas, como hoy, afecciones mentales, sino afecciones que estudiaban los “neurólogos” y que no presentaban lesiones cerebrales.

La evolución de las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis ha sido semejante en las diversas partes del mundo, porque ha estado determinada primariamente por la naturaleza de las realidades en juego y solo en segundo lugar por factores circunstanciales. Por ese motivo, en esta presentación se establecen varias etapas tomando en cuenta lo que pasó en EE. UU.*⁴ donde el proceso, a diferencia de lo que sucedió en Europa, fue homogéneo. En el Uruguay también se han dado etapas similares con un desfase de entre 20 y 30 años.

1ª etapa. Descubrimiento del inconsciente en la patología mental.

Previamente se señaló que el psicoanálisis nació al descubrir la realidad del inconsciente en las neurosis, cuando estas afecciones eran consideradas “enfermedades neurológicas”**

* Esos desarrollos se presentan siguiendo a J. A. Hobson (profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard) y J. A. Leonard, en su libro *Out of its mind. Psychiatry in crisis. A call for reform* (cf. ref. 4, pp. 37-68).

** Hay que recordar que el propio Freud tomó contacto con las “neurosis” como neurólogo en el servicio de Charcot; allí las neurosis que eran estudiadas inicialmente como afecciones no mentales, pasaron a ser mentales por los trabajos de P. Janet.

Tabla 2 |

	<i>Interesados por las manifestaciones mentales (amnesia, delirio, trast. conductu) de la patología del SN</i>	<i>Interesados por las manifestaciones somáticas (parálisis, anestias, dolor) de la patología del SN</i>
Con anat. patológ.	demencia idiocias, etc.	ELA artropatías tabéticas, crisis epileptoideas por tumor
Sin anat. patológ.	PSICOSIS bouffée delirante melancolía confusión mental delirio crónico	NEUROSIS histeria epilepsia corea parkinson

sin anatomía patológica”. Simultáneamente con este descubrimiento, tienen lugar dos evoluciones: a) las neurosis en la clínica de Charcot pasan a ser reconocidas por la obra de P. Janet⁵ como enfermedades mentales y b) J. Babinski⁶ corrigiendo el error semiológico de Charcot distingue entre síntomas “objetivos” y síntomas “subjetivos”. Babinski establecía de ese modo que los síntomas objetivos son los síntomas neurológicos que sirven para focalizar y que son orgánicos, mientras que los síntomas subjetivos son psíquicos y no focalizan. Diciendo que estos síntomas, por ejemplo, los de la histeria⁷, “son para los psiquiatras”, reconoció la exigencia de una semiología específicamente psiquiátrica, pero no los consideró orgánicos, ya que solo considera la patología del sistema nervioso de tipo focal. De ese modo, el grupo de las neurosis es desarticulado distribuyéndose sus especies de acuerdo con su semiología. De la neurosis tipo siglo XIX o “enfermedad neurológica sin anatomía patológica” se pasó a la neurosis tipo siglo XX o “enfermedad psiquiátrica sin organicidad”^{*}.

Partiendo de este concepto de las neurosis y de la clasificación que estableció Freud, el psicoanálisis se fue aplicando al estudio no solo de las neurosis sino también a las psicosis, inicialmente a la esquizofrenia y luego a los episodios maníacos y melancólicos de la psicosis maníaco-depresiva (trastorno bipolar). También, y sobre la hipótesis de que la enfermedad mental es de causa psíquica, el psicoanálisis fue considerado gradualmente como “posibilidad curativa”. Fue natural que esta posibilidad de hacer algo, frente a la carencia terapéutica de la época, motivase a los psiquiatras. En los hechos, la aplicación del psicoanálisis significó tres cosas: primero, salir del hospital y trabajar cada vez más en el espacio del “consultorio”; segundo ocuparse solo de pacientes con patología mental menor; y tercero, poder hacerlo sin formación médica.

De esta etapa inicial de la relación psiquiatría/psicoanálisis importa destacar dos aspectos. Por un lado, insistir en que el descubrimiento de la realidad del inconsciente fue posible al analizar los síntomas de la patología mental. Por otro, que en el estudio de ese objeto común, es decir, las formas de vida mental regresiva, se diferencian por su “objeto formal”. La

psiquiatría estudia la patología mental en tanto formas deficitarias de la vida mental (es decir, en la medida que son enfermedades que debe diagnosticar y tratar) y el psicoanálisis la estudia en tanto formas de organización mental donde el inconsciente se devela en su fuerza (es decir, como formas de organización de la “realidad psíquica”).

2ª etapa. El psicoanálisis como psiquiatría general.

Una vez descubierta la realidad del inconsciente se establece una recíproca relación de colaboración entre psiquiatría y psicoanálisis. En esta etapa no solo comparten los pacientes que la psiquiatría ofrecía en gran número a los psicoanalistas, sino que, como dice H. Ey, ambas aproximaciones a la patología mental se complementaban^{8,9}. El psicoanálisis amplió su radio de acción, porque a “Freud que reflexionaba sobre el sentido de los síntomas histéricos y del sueño se le ofreció, para ser explorado y como demostración de sus teorías, el campo más vasto de toda la patología mental. De ese modo la psiquiatría, por el psicoanálisis, descubría al hombre volcado hacia su naturaleza imaginaria y el psicoanálisis, nacido de la psiquiatría, le devolvía a esta su sentido”. En la semiología desarrollada a nivel de la conciencia de la psiquiatría mecanicista del siglo XIX, el psicoanálisis la vitalizaba, develándole la presencia del sujeto como “agente inconsciente” de sus síntomas.

La relación que se hizo clara en los EE. UU. a partir de 1940 (donde en 1944 el 70 % de los psicoanalistas era psiquiatra), también tuvo lugar en nuestro país¹⁰ después de una fase de confrontación^{** 11}. Se puede afirmar que en 1960 la mayor parte los psiquiatras del mundo occidental aceptaba los conceptos freudianos^{***}.

3ª etapa. Hegemonía del psicoanálisis y apartamiento de la medicina (ortodoxia freudiana estéril y rígida).

Durante la etapa anterior, el psicoanálisis se fue rodeando de la aureola de ser una terapéutica efectiva en cierta patología mental, por lo cual esta fue dividida en “organogénica” y “psicogénica” (hasta el DSM-II, 1968). Sin embargo, dadas las condiciones requeridas

* Distinción que marcará a la psiquiatría del siglo XX hasta finales de los años 70, en que toda la patología mental será reconocida definitivamente como orgánica, es decir, como desorden del orden “corporal mental”.

** “El psicoanálisis ha puesto una nota distintiva a toda la psiquiatría del Río de la Plata... y del sur de Brasil... con una densidad de psicoterapeutas muy alta...” (cf. Vidal G. Prólogo de: Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina. Buenos Aires: Losada; 1990, pp. 11-15)..

*** El concepto de que la patología mental era un “desorden del sistema nervioso”, cuya realidad evidenciaban las manifestaciones mentales de afecciones cerebrales, por ejemplo, la neurosífilis, se fue desdibujando a partir de 1945 por la eficacia de la penicilina sobre el *treponema pallidum*.

para que una persona fuera psicoanalizada (edad por debajo de los 50 años, poseer un grado razonable de educación y un carácter adaptable, etc.) en el espacio del “consultorio” psiquiátrico-psicoanalítico de la época, más que tratar pacientes, se comenzó a resolver “consultas por problemas existenciales”. El trabajar de ese modo llevó fácilmente a prestar poca atención e incluso a rechazar el saber psiquiátrico previo, en especial, a minimizar y a negar la necesidad del diagnóstico y de la clasificación. Dado que el objetivo del tratamiento era “el conflicto intrapsíquico”, el diagnóstico fue abandonado progresivamente, ya que no era relevante establecer la diferencia estructural que existe entre los cuadros psicopatológicos y las variaciones psíquicas normales, aun las más extravagantes.

El no tomar en cuenta lo que la psiquiatría ofrecía al psicoanálisis determinó dos evoluciones. Primero, que los psicoanalistas (incluso los que eran psiquiatras) perdieran contacto con las estructuras psíquicas patológicas, es decir, se fueran separando de la medicina y, segundo, que muchos, buscando develar el inconsciente en todos los aspectos de la vida humana, aplicaran el psicoanálisis a los productos de la cultura. “Durante el siglo XX, el psicoanálisis tuvo un fuerte efecto sobre el arte y la literatura y su concepto del inconsciente animó a los hombres de la cultura a experimentar con lo fortuito y lo irracional, y a prestar atención a pensamientos e imágenes previamente abandonadas como absurdas, ilógicas”¹². Esta aplicación a producciones humanas donde el inconsciente está presente, pero “contenido”, es decir, es virtual y controlado, permitió multiplicar interpretaciones y explicar resistencias, a menudo con y sin fundamento técnico.

En otras palabras, que aunque el psicoanálisis prosperó y predominó en psiquiatría, en realidad la llamada “psiquiatría psicoanalítica” fue más una aplicación de teorías psicoanalíticas que psiquiatría propiamente dicha. Afirmación que es respaldada por la desdeñosa recepción que se hizo entonces de la terapéutica psicofarmacológica, a pesar de su eficacia y seguridad. Como dice hoy N. Ghaemi¹³: “Desde 1940 a 1980, el psicoanálisis ejerció un control casi total sobre la psiquiatría norteamericana política, social y económicamente.

No es exagerado decir que dos generaciones de psiquiatras brillantes sufrieron en grado variable un lavado de cerebro por ese dogma, y peor aun, que muchas personas enfermas mentales fueron tratadas con un método que no era efectivo para ellas (por ejemplo, en esquizofrénicos). El psicoanálisis aplicado de ese modo desvió indirectamente a generaciones enteras de médicos y de pacientes hacia una teoría sin posibilidad”. Fue contra ese dogmatismo psicoanalítico que Roy Grinker* ¹⁴ presentó los principios “bio-psico-sociales”, con el objetivo de que sus contemporáneos se abriesen a diferentes ideas. Años después, desde una perspectiva psicoanalítica ecléctica, escribió: “El psicoanálisis por Freud hizo que la psiquiatría se apartara de la descripción y que enfatizara fenómenos profundos cuyos significados eran interpretados como causas y sus metáforas como realidad”.

Dicen Hobson y Leonard que “ese confuso cuerpo de ideas freudianas sobre la naturaleza de la enfermedad mental” y por ende sobre la naturaleza del hombre, actuó como una tormenta tropical sobre la psiquiatría en relación con el espacio de atención del “hospital”. El sostener que “los enfermos mentales no son diferentes al resto de las personas” y que “la enfermedad mental es un mito, utilizado por la sociedad para privar de libertad a los desconformes”, generó un movimiento literario, cinematográfico, histórico** ¹⁵ y legal*** contra la hospitalización psiquiátrica, que en los hechos fue contra la psiquiatría y especialmente los psiquiatras.

Los hospitales psiquiátricos en lugar de ser reconocidos como un espacio necesario para la atención de determinados momentos evolutivos de las enfermedades mentales, terminaron por ser pensados como causa importante de lo que los pacientes padecían. Es entonces cuando, en los años 50 en EE. UU. y también en Uruguay en los 80, se buscó dismantelar los hospitales psiquiátricos y se proyectó crear estructuras asistenciales alternativas al hospital, en particular, “centros de atención en salud mental comunitarios”. Pero, como pasa con frecuencia con proyectos teóricos sin fundamentación teórica clara y sin base en la realidad económica, estas alternativas no se llevaron a cabo o solo fueron realizadas en malas condiciones. Eso determinó que el

* Cf. ref. 4, p. 29-30.

** G. E. Berrios, psiquiatra e historiador (Universidad de Cambridge, Inglaterra), escribió (cf. ref. 15): “Filósofos, sociólogos, antropólogos-sociales, historiadores profesionales y otros, han descubierto que la psiquiatría es un terreno ideal para testear sus teorías favoritas. Como muchos científicos del pasado, los de la new-age «golpean y corren» dejando atrás muchas discusiones conceptuales, deteniéndose raramente a preguntarse qué habría pasado a los pacientes y a los servicios psiquiátricos, si estos planteos discutibles hubiesen nutrido la agenda de políticos decididos a implementar sus puntos de vista [...]. Los clínicos no quieren «voyeurs» históricos que usen sus escritos distorsionadamente y los enfermos mentales merecen algo mejor que esto”.

*** En nuestro país, IELSUR en 1995 presentó un informe de este tipo: *Mental Disability Rights International. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay*. Washington, DC: Washington College of Law, American University; 1995 (cf. Casarotti H, Pereira T. *Ley 9581 de Asistencia de psicópatas de 1936 (reflexiones para un anteproyecto de ley)*. Rev Psiquiatr Urug, 2000; 64 (2):256-285).

trabajo psiquiátrico en los centros comunitarios no solo no desarrollara un futuro mejor, sino que, por el contrario, pusiera a muchos pacientes en la calle en condiciones peores a las que sufrían en los hospitales. Además, la forma de atención que se fue generando preconfiguró la asistencia como luego fue y es prestada por los servicios de prepago y los seguros, donde se considera que un paciente psiquiátrico puede ser asistido con psicofármacos en consultas de 15-20 minutos cada 3 meses.

4ª etapa. Caída del psicoanálisis y de la “psiquiatría psicoanalítica” con resurgimiento de la psiquiatría.

Varios factores, entre ellos, la asistencia indiscriminada de pacientes y no pacientes con predominio de estos últimos (“cualquiera podía ser apto para un psicoanálisis”), los efectos positivos del psicoanálisis que no se objetivaban o que no sucedían en tiempo útil, el desatender a los pacientes psicóticos agudos y crónicos, se convirtieron en un búmeran contra el psicoanálisis. Por otra parte, el psicoanálisis fracasó por no prestar atención al significado creciente del movimiento por la recuperación del diagnóstico en psiquiatría, y también por no reconocer el desarrollo de las neurociencias, las cuales incorporaban al sujeto en la organización del sistema nervioso.

Los psicoanalistas asistieron a varios cambios que escapaban a su control: a) las teorías psicoanalíticas fueron abandonadas gradualmente, b) la “cura tipo” estricta de los inicios se vio en la necesidad, por razones sociales y económicas, de nuevos formatos, c) como método terapéutico debió enfrentar la competencia de otras psicoterapias (en especial las cognitivo-comportamentales) y de los fármacos con efecto “psicoterapéutico”.

En la etapa anterior, durante la hegemonía psicoanalítica, se iniciaron y se fueron consolidando dos movimientos: un trabajo “silencioso” por la recuperación del diagnóstico psiquiátrico y un desarrollo en las neurociencias, inimaginable pocos años antes. De la recuperación del diagnóstico iniciado en la Washington University de St. Louis y que guardó relación con la eficacia de la psicofarmacología y con el giro cognitivo de la

psicología universitaria, es posible señalar: a) que se ha reconocido definitivamente que el diagnóstico es, en psiquiatría, una necesidad al igual que en el resto de la medicina; b) que hay que distinguir conceptual y prácticamente entre el diagnóstico de síndromes psíquicos (psicopatológicos) y el de los factores causales (“constructos de enfermedad”); c) que se requiere una semiología fenomenológica para el diagnóstico de los tipos psicopatológicos, etc.¹⁶⁻¹⁹. La magnitud y la objetividad de los desarrollos en las diferentes neurociencias han sido de tal importancia que han cuestionado radicalmente diferentes hipótesis sobre la realidad del sistema nervioso y en especial del cerebro.

Sin embargo, a pesar de la importancia de estos movimientos, los centros psicoanalíticos (Nueva York, Chicago, Los Ángeles) inicialmente los consideraron irrelevantes. Pensaron que lo que sucedía en St. Louis era “una anomalía” y que los avances en neurobiología solo configurarían nuevos modelos igualmente mecanicistas. Como una consecuencia de la fuerza de los desarrollos en el diagnóstico y en las neurociencias, se fueron dando cambios en la integración de los equipos de profesores con sustitución progresiva de la casi totalidad de los docentes psicoanalistas.

Etapa actual. Fase de “equilibrio” donde no se discute porque parece acordarse en una “equipotencialidad teórica y técnica”.

En los hechos, la evolución referida en la etapa anterior significó que la psiquiatría psicoanalítica “cayese en desgracia” y que una psiquiatría, ahora de orientación fuertemente biológica, tomase su lugar.

Inicialmente, los psiquiatras, psicoanalistas o no, de cierta edad no sufrieron mayormente, ya que podían elegir la forma en que preferían seguir trabajando. Pero la mayoría se vio frente a dos alternativas terapéuticas: la de seguir un modelo de tratamiento bio-médico, o la de encarar alguna forma de tratamiento psicoterapéutico. Fue en este momento en que G. Engel propone en psiquiatría el “modelo bio-psico-social”, que previamente había presentado como una aproximación científica a la medicina en general²⁰. El trabajo de los psicoanalistas que, por los cambios referidos, había

disminuido de modo importante, necesitaba el apoyo teórico que pareció darle el modelo de G. Engel. En realidad hoy se dice* que el haber presentado en psiquiatría el “modelo bio-psico-social”²¹ no fue, como se piensa habitualmente, para poner un dique al auge creciente de la psiquiatría biológica, sino que fue el modo de defender las psicoterapias (en especial, el psicoanálisis). En otras palabras: un movimiento que fue y es conservador en la medida que busca mantener sin revisión crítica los principios psicoanalíticos que los hechos habían cuestionado.

Los pacientes que hoy buscan psicoterapia son muy diferentes a los que consultaron a Freud (que buscaban mejorar sus síntomas histéricos u obsesivos), ya que en gran parte consultan por “problemas existenciales” (dificultades en sus relaciones interpersonales, insatisfacción por la vida, etc., buscando auto-conocerse y aceptarse), por lo cual la mayor parte de estas consultas es manejada por no médicos. Por esta y otras razones, el psicoanálisis en su forma tradicional fue desapareciendo, sustituido por nuevos formatos y por diversas psicoterapias.

El problema ha sido que toda esta evolución respecto al psicoanálisis tuvo consecuencias negativas sobre la psiquiatría, ya que, si bien dejó de ser “psicoanalítica”, sufrió una división interna. a) Por un lado, debido a esa división los psiquiatras sufrieron una disminución de su trabajo y progresivamente el tener que hacerlo en malas condiciones. En sus manos quedó el diagnóstico pero no el tratamiento y por esa división e insatisfacción por el trabajo psiquiátrico, se dio un desinterés creciente por este campo de la medicina. En esta división del trabajo hay que tener en cuenta además tres factores negativos para los psiquiatras. Primero, porque la relación costo/beneficio fue muy positiva a favor de la psicoterapia hecha por psicólogos vs. la asistencia psiquiátrica más costosa. Segundo, porque el sistema de atención dejó de ser privado para ser gerenciado (managed care; sistemas de seguros y de una medicina al estilo de la medicina actual colectivizada de nuestro país). Aunque esos sistemas buscan racionalizar la tarea, con frecuencia terminan por ser modalidades de trabajo donde el psiquiatra se ve restringido en el tiempo que puede dedicar a sus pacientes

y limitado por la exigencia de disminuir los costos (en estudios paraclínicos, medicamentos, días de hospitalización, etc.). Y tercero, porque muchas afecciones psiquiátricas evidenciando su organicidad (lo que la psiquiatría siempre afirmó que era lo que definía a un cuadro como patológico) han hecho pensar a muchos neurólogos que pueden heredar el trabajo de los psiquiatras (por ejemplo, en demencias y en psicosis crónicas). b) Por otro lado, esa división del trabajo entre psicólogos y médicos (psiquiatras y neurólogos) ha llevado a plantearse una pregunta: si la psiquiatría no tendría que desaparecer, dejando su lugar a los psicólogos y a los neurólogos.

Pero lo que los enfermos mentales necesitan no puede ser cubierto por técnicos “parciales”, sean psicólogos o neurólogos. Si bien los psicólogos, formados adecuadamente, pueden cumplir tareas psicoterapéuticas, por carecer de formación médica (que no se suple con cursillos sobre diagnóstico o psicofarmacología), aquello que hacen debe estar integrado necesariamente al trabajo y a la responsabilidad de los psiquiatras. Y aunque los neurólogos pueden responder como médicos a necesidades inmediatas de los pacientes, no pueden, en cambio, responder a lo que exigen los pacientes psiquiátricos crónicos. No habiendo sido entrenados para cubrir las exigencias de esa patología, no están preparados para manejarse con pacientes que necesitan tratamiento psiquiátrico prolongado.

Es decir, que ni los psicólogos, ni los neurólogos pueden sustituir lo que psiquiatras bien entrenados han aprendido a hacer para establecer un diagnóstico correcto y para organizar un plan terapéutico. Los pacientes con enfermedad mental deben ser cuidados por personas con las habilidades específicas que la psiquiatría como disciplina clínica ha desarrollado.

Sin embargo, esta afirmación no constituye la columna vertebral de la formación de los psiquiatras, quienes ven que los diferentes técnicos de hecho parecen hacer lo mismo, y hacerlo sin que eso implique conflictos interprofesionales. Pero la realidad es que hay una división de tareas y aquellas que solo el psiquiatra sabe hacer no puede cumplirlas como debería hacerlo. Las condiciones de la atención son tales que el diagnóstico se

* Cf. ref. 13, p. 49.

vuelve la aplicación rutinaria de un manual estadístico y que el tratamiento queda limitado al uso de psicofármacos, mientras ve cómo el “acto psicoterapéutico” esencial a toda su actividad, en manos de no médicos, se divorcia de la medicina.

Frente a la etapa actual de las relaciones analizadas un observador objetivo queda perplejo, al ver, por un lado, que el área imprecisa de la “salud mental” se infla desmesuradamente sin conceptos claros sobre enfermedad y salud mental y, por otro, al reparar que quienes trabajan en dicho campo no solo no se cuestionan esa situación sino que parecen acordar eclécticamente en una “equipotencialidad teórica y práctica”^{* 22}.

IV. Luces y sombras de las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis

Lo expuesto previamente se resume en las respuestas a las preguntas hechas por el coordinador de esta publicación:

¿Hasta dónde convergen o divergen psiquiatría y psicoanálisis?

Ambos saberes convergen cuando en la praxis se refieren al objeto de estudio que les es común: la patología mental, es decir, las formas de vida mental regresivas determinadas por una desorganización del sistema nervioso. Es en relación con los pacientes psiquiátricos que convergen y se benefician mutuamente: a) la psiquiatría, integrando la intencionalidad del sujeto, en tanto agente inconsciente de su patología; y b) el psicoanálisis porque al trabajar en las formas de vida mental patológica se ve limitado en su natural tendencia a la expansión. Es decir, que convergen cuando acuerdan sobre su valor y sus límites: a) la psiquiatría como rama de la medicina cuyos objetivos son el diagnóstico y el pronóstico, las hipótesis etiopatogénicas, los planes de tratamiento, la responsabilidad por el paciente y la prevención; b) el psicoanálisis, cuyo objetivo es el develamiento de la organización críptica inconsciente de la vida mental, lo que a veces es terapéutico.

Divergen en cambio cuando los psiquiatras

no toman en cuenta la organización pulsional que late en la estructura regresiva de las estructuras psicopatológicas y cuando los psicoanalistas no reconocen la importancia y la necesidad del diagnóstico psiquiátrico. Y por supuesto, divergen radicalmente en el modo como sus conocimientos son propuestos para una reflexión antropológica. Porque la psiquiatría, diferenciando claramente entre salud y enfermedad mental, al percibir los diferentes grados de disminución en la voluntad de los pacientes, está afirmando indirectamente que las personas mentalmente sanas (entendiendo la normalidad mental como la capacidad de poder normatizar la existencia según “sus” valores propios) existen y coexisten de modo responsable. En cambio, el psicoanálisis, minimizando el diagnóstico psiquiátrico, tiende a “psiquiatrizar” toda conducta humana conflictiva, lo que significa que proyecta sobre las variaciones normales el determinismo que padecen las formas de vida mental patológica. De ese modo, el psicoanálisis se convierte directamente en una concepción del hombre y del mundo, al modo de lo que ha sido denominado una “superfetación”²³, en este caso, del psicoanálisis.

¿Cuáles fueron las áreas de contacto más fecundas?

De hecho, y de acuerdo con lo señalado en la respuesta anterior, todas las áreas de la patología mental se han beneficiado de este aporte mutuo. La psiquiatría se benefició por percibir a los pacientes psiquiátricos “vivos mentalmente”, incluso en las formas más regresivas (patología psicótica y demencias) y también por poder organizar mejor la clasificación de las estructuras de menor gravedad (neurosis y trastornos de carácter). Por su parte, el psicoanálisis se benefició del diagnóstico diferencial estructural en relación con los trastornos de personalidad, especialmente respecto a los trastornos border de la personalidad²⁴.

¿Cuáles son las áreas más problemáticas o fallidas y qué enseñanza sacar de ello?

El área más problemática ha sido y es la de los trastornos de personalidad, porque el minimizar el diagnóstico hace imposible en

* La consideración de esta situación queda fuera del objetivo de este artículo.

ese nivel de la patología, diferenciar entre trastorno y acentuación de rasgos de carácter. La enseñanza aquí es que el psicoanálisis debe aceptar que el “método necesario para el diagnóstico” es, como lo afirmó J. Piaget, “el que usan los psiquiatras”²⁵.

Un punto que aparece “fallido” es el modo en que las neurociencias están siendo presentadas por los psicoanalistas. Durante estos cien años, el psicoanálisis que nació como un saber mental sobre la patología mental y que luego en su expansión fue considerado una “ciencia humana”, hoy aparece incorporando las “ciencias del cerebro”. Es verdad que la investigación neurocientífica obliga a invertir el apotegma de J. Müller, debiendo decirse hoy que “para ser neurofisiólogo hay que ser psicólogo”²⁶, y también a reconocer que lo que está modificado patológicamente en las enfermedades mentales es la reactividad psíquica normal. También es un hecho que la evolución en neurociencias rechaza cada vez más los “discursos paralelos” en patología mental²⁷ (tener para el cuerpo un discurso neurocientífico y para la mente un discurso psicológico). Pero también es verdad que hay que cuidar aquellas hipótesis que reducen lo mental, teniendo conceptos de la realidad de la mente y de su patología que incorporan demasiado naturalmente los desarrollos neurocientíficos. En muchas de estas paráfrasis de los conceptos psicoanalíticos en términos neurocientíficos, las ciencias duras (por ejemplo, la genética y la biología molecular) apuntan a dar una explicación de lo mental, incluso de conceptos psicoanalíticos. Cuando de ese modo se desdibuja nuevamente la realidad de la mente se facilita que la psiquiatría se oriente hacia una fase mecanicista, ya que esos paradigmas siguen siendo reductivos a pesar de ser presentados como “traductores” de lo mental en realidades somáticas²⁸⁻³⁰.

Un tercer aspecto problemático de gran importancia desde el punto de vista de la asistencia de los pacientes concretos, es la diferencia de opinión que con frecuencia tienen psiquiatras y psicoanalistas respecto a las cuestiones de responsabilidad profesional. Esa diferencia debe ser revisada considerando que el acto central –en relación con enfermos mentales– es de naturaleza psiquiátrica y que sólo en segundo lugar debe ser ubicada

la praxis psicoanalítica. Como lo señaló H. Ey: “Los cuidados dispensados a un enfermo comprometen la responsabilidad de quien los da y exigen que el caso sea tomado del modo más completo posible. Cuando un especialista médico circunscribe su actividad a una parte del cuerpo o a una función, en el acto parcial que realiza está comprometida toda la cultura médica, por lo cual su acto está sometido a una especie de colegialidad de responsabilidad”^{31, 32}. Lo que en otras palabras significa que el psicoanalista que hace únicamente psicoterapia, aceptando que su método restringe su disponibilidad para el paciente, entonces y necesariamente debe integrar su trabajo en la responsabilidad del psiquiatra tratante (lo cual implica nuevas reflexiones, especialmente en lo que se refiere a confidencialidad).

¿En qué contribuye el psicoanálisis a mejorar la práctica psiquiátrica y viceversa?

Sobre la idea desarrollada en esta presentación de la prioridad teórica y práctica de la psiquiatría respecto al psicoanálisis, conviene invertir la respuesta a esta pregunta.

En varios aspectos, la práctica psiquiátrica es esencial para mejorar la práctica psicoanalítica: a) por la necesidad del diagnóstico psiquiátrico; b) porque la clínica psiquiátrica permite distinguir entre “patogenia psíquica” (que es lo propio de todas las formas de patología mental), y “causalidad psíquica” (que sólo es una hipótesis etiológica no probada) y c) porque el juicio terapéutico exige rechazar todo a priori y todo planteo dogmático de “un” método.

Por otra parte, el psicoanálisis contribuye esencialmente a mejorar la práctica psiquiátrica por sus desarrollos sobre: resistencia, mecanismos de defensa, insight, transferencia/contratransferencia, etc. Estos conceptos que evidencian la “intencionalidad involuntaria” de todo paciente psiquiátrico, ayudan a establecer una relación médico-paciente real, evitando las simplificaciones que facilitan algunos encares cognitivo-comportamentales.

V. Conclusiones

El análisis realizado de las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis permite establecer algunas conclusiones.

En primer lugar, que la utilización de toda hipótesis parcial de la psiquiatría como teoría general implica una latencia letal, tanto para esa hipótesis como para la psiquiatría misma. Eso fue lo que pasó con el modelo psicoanalítico y lo que es altamente probable pase en el futuro con las hipótesis mecanicistas actuales, si no se corrige su carácter parcial, que es lo que las hace hegemónicas y dogmáticas.

En segundo lugar, que el “modelo bio-psico-social” (analizado críticamente por N. Ghaemi en su libro *The rise and fall of the biopsychosocial model* (cf. ref. 13), a pesar de ser una amalgama sincrética de “explicaciones” causales, es sin embargo presentado como una teoría general. Ese modelo, en su aparente eclecticismo, oculta el dogmatismo propio de los modelos parciales, ya que al no proponer un modelo de enfermedad y de salud mental, no responde a lo que debe ser una hipótesis general.

Finalmente, es posible señalar que el análisis de las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis evidencia que es necesario acordar en una hipótesis³³ que derive de los hechos, que sea comprensible, y que permita responder a las exigencias prácticas que los enfermos mentales plantean a los psiquiatras en los diferentes “espacios de atención psiquiátrica”, incluso en los asilos³⁴. Y también que las consideraciones que esa hipótesis implique sobre la normalidad psíquica sean compatibles con las antropologías donde se reconozca que el hombre en su nivel existencial, existe moralmente y no psicológicamente.

Referencias bibliográficas

1. **Ey H.** Nature et classification des maladies mentales. Esquisse d'une histoire naturelle de la folie. Archives Municipales de Perpignan, France; 1963.
2. **Ey H.** La classification des maladies mentales et le problème des psychoses

aigues. Études psychiatriques N° 20. Vol. III. Paris: Desclée de Brouwer; 1954 [Traducción al español: Buenos Aires: Polemos; 2008, pp. 13-50].

3. **Minkowski E.** Traité de psychopathologie. Paris: Presses Univ de France; 1966.
4. **Hobson JA, Leonard JA.** Out of its mind. Psychiatry in crisis. A call for reform. Massachussets: Perseus; 2001.
5. **Janet P.** Les nèvrozes. Paris: Flammarion; 1909.
6. **Babinski J.** Mi concepción de la histeria. En: Conti NA, Stagnaro JC (eds.). Historia de la ansiedad. Textos escogidos. Buenos Aires: Polemos; 2007, pp. 27-40.
7. **Babinski J.** Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. Semaine Médicale 1909; 1:3-8.
8. **Ey H.** Ce que la psychiatrie doit à la psychanalyse. Études philosophiques 1956; (24):614-627.
9. **Ey H.** Psychiatrie et psychanalyse. Evolut Psychiat 1957; 3:473-487.
10. **Korovsky E.** El psicoanálisis en el Río de la Plata. Rev Psicot Psicoanalítica 1985; 1:25-44; Freire M. Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Rev Urug Psicoanálisis 1988; 77:3-10.
11. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Las extralimitaciones en la profesión psiquiátrica: informes de los Dres. Juan Garafulic, Gonzalo Cáceres, Juan Carlos Rey y Mario Berta. Rev Psiquiatr Urug 1958; 23:25-57.
12. **Storr A, Stevens A.** Freud and Jung: A dual introduction. New York: Barnes & Nobles; 1998, p. 73.
13. **Ghaemi SN.** The rise and fall of the biopsychosocial model. Baltimore: The Johns Hopkins Univ Press; 2010.
14. **Grinker RR.** A struggle for eclecticism. Am J Psychiatry 1966; 121:451-457.
15. **Berrios GE.** Historiography of mental systems and diseases. Hist Psychiat 1994; 5:175-190.

16. **Klerman GL.** The significance of DSM-III in american psychiatry. In: Pichot P (ed). *DSM-III et psychiatrie française*. Paris: Masson; 1984, pp. 20-40.
17. **Skodol AE, Spitzer RL.** DSM-III: rationales, basic concepts and some differences from ICD-9. In: Pichot P (ed). *DSM-III et psychiatrie française*. Paris: Masson; 1984, pp. 7-18.
18. **Spitzer RL, Wilson PT.** Nosology and the official psychiatry nomenclature. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Textbook of psychiatry (2nd ed)*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1975, pp. 826-845.
19. **Spitzer RL, Williams JB.** Classification in psychiatry. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds) *Textbook of psychiatry (4th ed)*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985, pp. 591-613.
20. **Engel GL.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-136.
21. **Engel GL.** The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:535-544.
22. **Ey H.** Défense et illustration de la psychiatrie. Paris: Masson; 1977.
23. **Bleger J.** Psicoanálisis y marxismo. En: Langer M (ed.). *Cuestionamos. Documentos de crítica de la ubicación actual del psicoanálisis*. Buenos Aires: Granica; 1971, pp. 23-42.
24. **Kernberg OF.** Neurosis, psychosis and the borderline states. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry (4th ed)*. Vol I. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985, pp. 621-630.
25. **Flavell JH.** La psicología evolutiva de Jean Piaget. Buenos Aires: Paidós; 1968, p. 48.
26. **Ey H.** Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique de la psychiatrie. Toulouse: Privat; 1975.
27. **Green A.** Un psychanalyste face aux neurosciences. *La Recherche* 1992; 23:1166-1174.
28. **Kandel ER.** Psychotherapy and the single synapse. The impact of psychiatric thought on neurobiologic research. In: Kandel ER (ed). *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005, pp. 5-26. (Publicado originalmente en 1979).
29. **Kandel ER.** A new intellectual framework for psychiatry. In: Kandel ER (ed) *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005, pp. 27-58. (Publicado originalmente en 1998).
30. **Kandel ER.** Biology and the future of psychoanalysis. In: Kandel ER. (ed). *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005, pp. 63-106. (Publicado originalmente en 1999).
31. **Ey H.** Le mouvement psychanalytique. *Rev Praticien* 1970; 20:1505-1523.
32. **Ey H.** Médecine et psychanalyse. *Rev Praticien* 1970; 20:1589-1606.
33. **Ey H.** El modelo órgano-dinámico. En: Ey H. *Tratado de las alucinaciones (Vol. II: 7^a. Parte)*. Buenos Aires: Polemos; 2009, pp. 1153-1454.
34. **La Fond JQ, Durham ML.** Back to the asylum. *The future of Mental Health, Law and Policy in the United States*. New York: Oxford Univ Press; 1992.