

Posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la Psiquiatría

María Lucrecia Rovalletti

Prof. Tit. Consulta (UBA). Investigador Principal CONICET
Docente Autorizado de los Departamentos de Salud Mental y Humanidades Médicas
Investigador Categoría 1 (CONEAU)
E-mail: mlrova@arnet.com.ar

Wittgenstein nos dice que no hay un sólo lenguaje del cual dependan los restantes, que existen distintos tipos de discursos, donde cada uno tiene sus reglas y por ello no podemos traducir el uno al otro. Las dificultades con que nos encontramos al tratar de definir *las ciencias humanas* provienen, al menos parcialmente de la utilización de términos que parecen unívocos pero que en verdad revelan una multiplicidad de significaciones. Se piensa que existe *un modelo de ciencia por excelencia*, que se sigue de la física, y a partir de ésta se cree poder elaborar

una concepción del conocimiento susceptible de ser propuesto como un *ideal absoluto*.

A mediados de la década del 70, comienza a gestarse una revolución científica en la que se conjugaban las innovaciones clínicas, los procedimientos diagnósticos apoyados en estudios de laboratorio y en la cuantificación computarizada, aportes éstos que enriquecen la predicción de las respuestas, las correlaciones radiológicas y de diagnósticos por imágenes. A esto se deben añadir además las investiga-

Resumen

Una importante corriente de la Psiquiatría actual a la que se denomina "basada en evidencias" (PBE), se desenvuelve tanto a nivel de investigación como a nivel de la práctica con síntomas operativos y descripciones de síntomas, relacionando determinados conceptos psicopatológicos con cifras, lo cual permite a cualquier persona poder recabar y verificar datos del mismo modo, en cualquier momento y en todo lugar. Sin embargo, el progresivo apartamiento de lo concreto, la desconexión situacional y la preterición del sujeto en su *facticidad*, dejan flancos abiertos en la misma científicidad de la psiquiatría. Por eso, toda otra corriente postula una Psiquiatría basada en Valores (PBV), a la que denomina también basada en Narrativas, precisamente porque la labor del clínico se acerca a la de los historiadores, a la de los biógrafos, y a la de los etnógrafos.

Palabras clave: Psiquiatría basada en evidencias - Psiquiatría basada en valores - Narratividad - Post-psiquiatría.

POSSIBILITY AND LIMITS OF THE UNDERSTANDING- HORIZON OF PSYCHIATRY

Summary

A significant approach in present day *Psychiatry* called *evidence-based* (EBP) resorts to research as well as practice using standardized methods of evaluation of operating symptoms and description of symptoms. It also assesses certain psychopathological issues using numeric measures, which allows any person to gather and verify data following reproducible methods, at any time and in any place. However, the progressive detachment from the concrete, the situational disconnection and disregard of the subject in its *facticity* leave open gaps in the scientific nature of psychiatry. Therefore, an alternative approach relies on *value-based Psychiatry* (VBP), also called medicine based on *Narratives*, precisely because the work of the clinician gets closer to that of the historian, the biographical author and the ethnographer.

Key words: Psychiatry evidence-based - Psychiatry value-based - Narrativity - Post-psychiatry.

ciones básicas puras donde se entrecruzan formulaciones audaces y aparatología sofisticada.

Para facilitar los estudios estadísticos e informativos estándares, estos sistemas diagnósticos-operacionales intentan ser *ateóricos*, fundados en el carácter objetivo y verificable de los fenómenos observados a los que describen como una *realidad autónoma y preexistente a toda observación*. En nombre del conocimiento científico, se establece un lenguaje común que *uniformiza* los datos de los distintos observadores y de los observados, y se pretende además acceder a la “universalidad” por el método del sondeo de opinión, al modo de una democrática inducción.

Se instala un consenso que exige la cuantificación de los datos, pero el tratamiento de los mismos continúa siendo clásico, empírico, realista, lineal, hipotético-deductivo. La *unidad gnoseológica* se funda psicopatológicamente por la *descripción a-teórica de síntomas y/o síndromes*, no por etiologías sospechosas de “ideologías” extracientíficas.

Estos sistemas clasificatorios diagnósticos se inscriben dentro de lo que Thomas Khun denomina “método resolutivo” en la medida que buscan resolver y reducir los fenómenos más complejos a partes y procesos elementales para luego reunirlos ya sea experimental o conceptualmente, al modo de la 2ª regla de método en Descartes. Al modo del sistema cartesiano, se dejan de lado las categorías mixtas, y se busca obstinadamente lo simple tras lo complejo. Se privilegian elementos seguros, establecidos como constantes en la multiplicidad de los signos, que puedan constituirse en *máximo denominador*.

Sin embargo, el carácter “universal” del número introduce al sujeto en un universo cuantificado y uniforme, que acaba muchas veces en un ritual deshumanizado donde se excluyen la esencia del objeto investigado (el enfermo), como también la riqueza y experiencia del investigador. Interesa más que el paciente con sus síntomas y sus signos cumpla o no los criterios que el glosario indica para una patología. Se trata de confirmar ciertas expectativas de manera metódicamente controladas. De este modo, se proyecta sobre el paciente una “representación” de una determinada perturbación a la cual él corresponde en mayor o menos grado con su sintomatología. En su afán de *purificar* las formas nosográficas para posibilitar y facilitar la comunicación entre especialistas, la nosografía pareciera más preocupada por el conocimiento y el “avance” de las ciencias que el paciente mismo.

Desde la perspectiva del empirismo lógico, se polarizan los “hechos observables” (*observables facts*) y el “sentido” (*meaning*), priorizando los primeros sobre los segundos, sin tener en cuenta que ninguna ciencia puede ser concebida como puro dato y

además pretender ser una consideración puramente teórica de esos datos.

Sin embargo, este “ordenamiento” asimila al hombre enfermo como una *cosa fija*, al modo como la vieja nosografía de Kraepelin, que distribuía como un botánico o un zoólogo las enfermedades por clase, orden, género y especie (Littré).

La nosografía se transforma en ciencia, y la enfermedad aparece como un modelo, una *forma pura* contra un fondo proteiforme de invariantes. A partir de ese momento, los síntomas ya no constituyen un discurso personal, ni expresan esa modalidad original, única y propia de cada individuo de expresar su sufrimiento, “sino que se transforman en los rasgos groseros de un cuadro patológico, detrás del cual se buscará en vano el contorno de una vida particular” (21). La persona enferma desaparece detrás de la “enfermedad”. El diagnóstico positivo y el diagnóstico diferencial en vez de individualizar borra los límites entre los individuos, que se pierden así en la “masa amorfa de la categoría”. “Las diferencias individuales aparecen cuando mucho como residuos, imperfecciones molestas que menoscaban la pureza de la categoría nosográfica” (ib.).

«El recurso a las escalas y a los criterios diagnósticos no está bien adaptado a la naturaleza del hecho psiquiátrico. Esta tentativa de formalización suscita una doble modificación del conocimiento. Ciertamente transforma el lenguaje natural susceptible de errores en un lenguaje lógico-matemático de valor más seguro y más universal, pero reduce el conocimiento de los fenómenos vividos limitando las significaciones de los posibles de los items deducidos».¹

Marchais. (29)

Sin embargo, el rechazo de toda teorización no equivale a su ausencia, puesto que todo conocimiento depende de una teoría, aunque fuese aquella del pragmatismo que conduce a un asociacionismo superficial. Como bien plantea el psiquiatra japonés Bin Kimura, en el ámbito de la psiquiatría transcultural no se conoce ningún patrón cultural que pueda ser presentado como sistema de referencia universalmente válido de comparaciones, “solamente puede sostenerse una teoría que, en sentido originario sea ‘teoría’, vale decir visión de los grandes fenómenos antropológicos que manifiestan la esencia del hombre en todo el mundo”

Estos procedimientos no bastan cuando se intenta llegar a niveles de análisis más finos, más próximos a las realidades estudiadas. Como meta-discurso, la nomenclatura psiquiátrica nada dice del “enfermo”; se refiere a objetos, representaciones, pero no a una realidad personal. Sólo objetiva al psiquismo ponien-

¹ «Le recours aux échelles et critères diagnostiques n'est pas toujours bien adapté à la nature du fait psychiatrique. Cette tentative de formalisation suscite une double modification de la connaissance. Certes, elle transforme le langage naturel susceptible d'erreurs en un langage logico-mathématique de valeur plus assurée et plus universelle, mais elle réduit la connaissance des phénomènes vécus en limitant les significations possibles des items retenus» (Marchais, 719).

do entre paréntesis su subjetividad: su discurso, su sufrimiento devienen signos o síntomas de un mecanismo patológico, vacíos de todo valor dialógico.

Más aún, al diagnosticar el psiquiatra simultáneamente “transforma al objeto-paciente y se transforma transformándolo” (1). Podrá desconocer estas transformaciones o hacer abstracción de ellas para adoptar una “mirada objetiva”, pero no podrá negar que su mirada está ligada a un equipamiento teórico, a sus valores y a su propia singularidad.

Pues bien, a esta “actitud teórica del psiquiatra que ordena, recorta y clasifica el malestar vital de los hombres del mismo modo como se clasificó enfermedad por enfermedad los desórdenes somáticos”, Hochmann la designa como “razón nosográfica” (21).

De este modo la psiquiatría actual se desenvuelve tanto a nivel de investigación como a nivel de la práctica con síntomas operativos y descripciones de enfermedades, relacionando “determinados conceptos psicopatológicos con cifras, que le permite a cualquier persona poder recabar y verificar datos del mismo modo, en cualquier momento y en todo lugar. Las cifras obtenidas de esta manera, pueden intercambiarse y compararse con las obtenidas en cualquier punto del mundo” (24). Cifras, estadísticas, tablas, representaciones esquemáticas dominan en la actualidad el panorama académico.

«La creciente operacionalización de la psiquiatría guiada por criterios de homogeneidad diagnóstica y voluntad de investigación, obliga a menudo a replantear la legitimidad de los procedimientos que las sostienen. El progresivo apartamiento de lo concreto, la desconexión situacional y personal que comporta, y la aparente preterición del sujeto en su facticidad en favor de una homogeneización de los datos, significan progresos que, sin embargo, dejan flancos abiertos en la cientificidad de la propia psiquiatría»

Ramos Gorostiza y González Calvo (31).

He aquí la denominada Psiquiatría “basada en evidencias”, cuya fundamentación teórica reside en el invariante biológico, una de cuyas consecuencias es presentar la etiología -la causa- como único y exclusivo factor que pretende hacerla inteligible. Sin embargo, ella se pretende como una aproximación ateorica, obviando que toda observación lleva siempre consigo una carga teórica que es la que da *sentido* a los hallazgos, discrimina lo esencial de lo accesorio, y separa las excepciones de la norma. Precisamente, cada una de las distintas cargas teóricas -confesadas o negadas- de los distintos modos de aproximación dará lugar a distintas psicopatologías.

¿Cómo lograr una aproximación que conduzca a una auténtica experiencia clínica?

Aquí se pone de manifiesto la diferencia entre una psicopatología clínica entendida como instrumento de clasificación diagnóstica y una psicopato-

logía general concebida como la organización de la experiencia interna en torno a su núcleo de *significatividad* (Rossi Monti y Stanghellini). En este último caso, se trata de habilitar la “*empíria*” que haga inteligible la enfermedad mental sin someterla desde un principio a la causa como determinante objetivo. Se trata de plantear un *organizador psicopatológico* (Rossi Monti y Stanghellini) que muestre el *nexo de sentido* en una serie de fenómenos, sin remitirlos a un mero desarrollo psico(pato)lógico o a un cerebro disfuncional. Pero no es una empatía sino un factor de coherencia interna el puede disponer a los fenómenos patológicos alrededor de un “núcleo de significatividad”.

La conducta del paciente sólo adquiere pleno sentido cuando se articulan y reconstruyen las *potencialidades* del sujeto y las posibilidades de mundo. El progresivo apartamiento de lo concreto, la desconexión situacional y la preterición del sujeto en su *facticidad*, dejan flancos abiertos en la misma cientificidad de la psiquiatría. Por eso, una *práctica basada en valores*, no implica sustraer “hechos”, sino reconocer la presencia de las características propias de la vida humana.

Cuando el paciente se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo, remitiéndonos de este modo a una historia particular, a un contexto de *sentido*. Será la tarea del clínico la que busque integrar esas narrativas. Por eso, esta práctica puede ser comparada a la de los historiadores, a la de los biógrafos o a la de los etnógrafos. Precisamente, el método clínico como acto interpretativo implica la organización de los eventos vividos en la sincronía de un relato: un relato que no es la simple repetición de un pasado ampliado, sino una co-creación del analizado y el analista.

«Frente a la ‘verdad factual’ propia de la adecuación entre los postulados científicos y los así llamados ‘hechos’, es preciso plantear una ‘verdad narrativa’, que permita una aproximación al ser humano en la medida que éste formula su existencia bajo la forma de un relato»

Rovaletti (34).

La autorreflexión de la psiquiatría como ciencia

Cuando Binswanger (7) se cuestiona por la *posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la psiquiatría* en general, designa a este problema como “la autorreflexión de la psiquiatría sobre su esencia en cuanto ciencia”, o como “el esfuerzo por *comprenderse a sí misma como ciencia*”. Considera que la psiquiatría al haber escotomizado el problema, está obligada a una revisión de “los conceptos fundamentales”, es decir aquellos que “determinan la comprensión previa de la región que sirve de base a todos los objetos temáticos de una ciencia y que

orientan por ello toda búsqueda científica”, para hablar en términos de Heidegger (20). Más aún,

«El progreso de la psiquiatría depende de un intercambio constante entre estas tentativas prácticas de acceso al enfermo y la reflexión sobre su propia esencia en tanto que ciencia».

Binswanger. (7)

Como en psiquiatría teoría y práctica son indisolubles, reflexionar sobre este “saber y hacer” no implica pensar una teoría como contrapuesta a la práctica, sino una *actitud crítica* a los principios y fundamentos del discurso y de la praxis psiquiátrica. Se trata de pensar una *meta-teoría* cuyo modelo de reflexión se aproxime tanto a una “ciencia de acciones” como a una ciencia de “objetos”; se trata de plantear aquí una *Crítica de la Razón Psiquiátrica* en tanto Razón Teórica-Práctica, una Meta-Psiquiatría, una Post-psiquiatría.

¿Pero como es posible interrogarse “sobre los fundamentos o la ausencia de fundamentos de un saber psiquiátrico que extrae todo su contenido de la experiencia clínica”? ¿Existe un más allá del dominio clínico?, y ¿cómo podemos denominarlo?, se pregunta Lantéri-Laura. (26)

Siguiendo a Minkowski², es preciso diferenciar radicalmente la *psiquiatría clínica*, brazo de la medicina inevitablemente dedicada al diagnóstico y al tratamiento, que se sirve de la clínica y de la biología, y la *psicopatología reflexiva y filosófica* cuyo objeto es mostrar cómo lo diverso de la psiquiatría clínica toma su razón de ser y su singularidad del conocimiento de la existencia humana, permitiendo a la clínica salvar así su contingencia. Como toda psicopatología depende de una cierta antropología, si no acabada, al menos coherente, “la antropología general posee una pequeña parte, la psicopatología, que dirige la psiquiatría clínica y representa la necesidad frente a la contingencia” (26).

Precisamente, la multifactorialidad del “hecho” psíquico ubica la estructura teórica-gnoseológica de la psiquiatría en la intersección del campo de las

ciencias médicas y las ciencias humanas.

«La psiquiatría es aquí un auténtico brazo de las ciencias del hombre, no sólo porque apela a la psicología, a la sociología y a la etnología, así como a numerosas otras disciplinas, sino sobre todo porque es un arte intersubjetivo que introduce al otro como sujeto y no como objeto; ...[ella] se diferencia...de todas las otras especialidades medicinales en este sentido que la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, es también significación de un sentido, sentido desconocido del sujeto que vive como radicalmente extraño a él mismo como en la psicosis o como imposibilidad de comprender en la neurosis».

G. Berguez. (4)

Si la Psicopatología Fenomenológica pudo surgir como una meta-psiquiatría, una post-psiquiatría, esto nos lleva a pensar por un lado qué consecuencias *epistemológicas* surgen para el trabajo clínico. Y por otra parte, nos mueve a reflexionar qué relaciones subsisten entre la Fenomenología Clínica y la Filosofía Fenomenológica, es decir en qué sentido los conceptos teóricos de ésta siguen orientando a aquella y viceversa. Como bien señalan Kuhn y Maldiney (23) “si la fenomenología de Husserl aporta al psiquiatra las perspectivas y los métodos indispensables para su acción práctica como para su comprensión teórica, recíprocamente la acción y el pensamiento psiquiátrico movilizan y ponen en funcionamiento a la fenomenología”.

«No cabe duda que una antropología filosófica no puede constituirse en la actualidad sin el apoyo del psicoanálisis, la psicopatología y la psiquiatría. Pero... ¿cómo podrá una fenomenología establecer un diálogo y dejarse enseñar por formas de saber que han sido elaboradas a partir de principios, medios de investigación, problemas, deberes y fines que no coinciden en casi ningún punto con los suyos?...Desearíamos que la lectura de esta obra haga evidente la inscripción potencial de la locura en el núcleo mismo de las estructuras constitutivas de la condición humana».

A. de Waelhens. (47) ■

² Citado en Lantéri-Laura, 1990.

Referencias bibliográficas

1. Anguelergues R.: "Qu' est-ce que la psychopathologie? Une question et non une réponse", *L'Evolution Psychiatrique*, 1990, Tome LV, Fasc 2, pp. 277-286.
2. Azorin, J. et Tatossian, A.: "Signification de la phénoménologie en psychiatrie", *Psychologie Médicale*, 1988, 20, 12, pp. 1723-1727.
3. Bercherie, P.: Les fondements de la clinique. Histoire et Structure du Savoir Psychiatrique, Paris, Ed. Universitaires, 1991.
4. Berquez, G.: "L'illusion phénoménologique et le réal biologique. Essai de Psychiatrie théorique", *L'Evolution Psychiatrique*, 1986, Tome 51, fsc. 1, pp. 87-99.
5. Berrios, G.E.: "Phenomenology and Psychopathology: was there ever a relationship", *Comprehensive Psychiatry* (USA), Jul.-Aug. 1993, 34 (4), pp. 213-220.
6. Binswanger, L.: "Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte", *Ausgewählte Werke (Band III) Vorträge und Aufsätze*, Heidelberg, Asanger, 1994, pp. 35-74.
7. Binswanger, L.: *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971. Traduction partielle de *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze* et glossaire de J. Verdeaux y R. Kuhn. Préface de R. Khun y H. Maldiney.
8. Bracken, P. & Thomas Ph.: Postpsychiatry, New York, Oxford University Press, 2005.
9. Broekman, J.M.: "El tiempo en los cuadros clínicos de Merleau-Ponty", en M.L. Rovaletti (ed.): *Temporalidad. La problemática del tiempo en el pensamiento actual*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1998, pp. 143-152.
10. Civita, A.: *Ricerca filosofica sulla psichiatria*, Milano, Guerri, 1990.
11. Dastur, F.: "Autobiographie et narrativité", en AAVV: *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Paris, Ed. Association Le Cercle Herméneutique Collection Phenó- Société d'Anthropologie Phénoménologique et d'Herméneutique Générale, 2001, pp. 43-47.
12. Desviat, M.: "La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones". *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (2) pp. 119-122
13. Elwyn G, Elwyn R. "Stories we hear and histories we tell: analysing talk in clinical practice", *British Medical Journal*, January 1999; 318: 186-188.
14. Fernandez Zoila, A.: *Récit de vie et crise d'existence*, Paris, L'Harmattan, 1999
15. Fuchs, Th.: *Zeit-Diagnosen. Philosophische-psychiatrische Essays*, Kusterdingen-Deutschland, Die Graue Edition, 2002.
16. Fullford, B. Morris, K., Sadler, J. & Stanghellini, G.: *Nature and Narrative*, New York, Oxford University Press, 2003.
17. Fullford, K.W.M (Bill), Thornoton, & Graham G. (ed.): *Oxford Text Book of Philosophy and Psychiatry*, New York, Oxford University Press, 2006.
18. Greenhalgh T.: "Is my practice evidence-based?". *British Medical Journal* 19, October 1999; 313: 957-58.
19. Greenhalgh T.: *Narrative based medicine in an evidence. British Medical Journal*, 30 January 1999; 318: 323-325.
20. Heidegger, M.: *Sein und Zeit*, Tübingen, Max Niemeyer, 1963.
21. Hochmann, J.: *Hacia una psiquiatría comunitaria; Tesis para una psiquiatría de los conjuntos*, Bs. As., Amorrortu Editores, 1980.
22. Jones A. H. "Narrative in medical ethics". *British Medical Journal* 23, January 1999; 318: 253-256.
23. Khun, R. et Maldiney, H. : « Préface » a Binswanger, L.: *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971.
24. Kuhn, R. : "El síntoma como hecho a ser comprendido. En torno a la frase 'en la psiquiatría los síntomas son ellos mismos hechos a ser comprendidos'", en M. L. Rovaletti, *La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*, Bs. As. 1996, pp. 325-334.
25. Kuhn. M.: "Le narratif dans la psychanalyse", *L'art du comprendre*, Février 1999, No 8, pp.157-165.
26. Lanteri-Laura, G.: «Au-delà du domaine clinique», *L'Evolution Psychiatrique*, 55, 2, 1990, pp. 287-302, cites p. 287-300.
27. Lanteri-Laura, G.: «Sémiologie et critique de la connaissance», *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986, pp. 825-833.
28. Launer, J. A.: "Narrative approach to mental health in general practice", *British Medical Journal*, 1999; 318, pp.117-119.
29. Marchais, P.: "Le nombre, les échelles et les critères diagnostiques; problématiques actuelle", *Annales Medico-Psychologique* 1995, vol. 153, N° 10, pp. 716-720. Cite p. 719.
30. Radden, J. (ed.): *The Philosophy of Psychiatry, A Companion*, New-York, Oxford University Press, 2004
31. Ramos Gorostiza, P. & Gonzalez Calvo, J. M.: "El sentido de la Psicopatología y el papel de la fenomenología. Contribución a una controversia", *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1995, 23, 5, pp. 281-286.
32. Ramos Gorostiza, P. y Rejón Altable, C.: *El esquema de lo concreto. Una introducción*, Madrid, Triacastela, 2002.
33. Rigot-Muller, H.: "Entre le dit et l'écrit: comment signifier une folie?" en J. Beune, *Phénoménologie et Psychanalyse. Etranges relations*, Seyssel, Champ Vallon, 1998, pp 226-233.
34. Rovaletti, M. L.: "La 'historia clínica', entre la verdad factual y la verdad narrativa", en A. Ziriñ Quijano (ed.) *Acta Fenomenológica Latinoamericana (Organo del Círculo Latinoamericano de Fenomenología, Clafen)*, vol. III, México, Universidad Michoacana, 2009, pp. 743-751;
35. Rovaletti, M. L.: "De la hermenéutica del relato a la hermenéutica de la recepción", *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, vol. I, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2003, pp. 347-357.
36. Rovaletti, M. L.: "La psicoterapia como 'compromiso narrativo'", en L. Ricón (ed.), *Las psicoterapias, pensadas a partir de lo posible*, Bs. As., Polemos, 2005, pp. 195-204.
37. Rovaletti, M. L.: "Pour une Critique de la Raison Nosographique", *L'Information Psychiatrique*, N° 5 (Francia), Volume 77, Mai 2001, pp. 497-503.
38. Rovaletti, M. L.: "The Phenomenological Perspective in the Clinic: From Symptom to Phenomena", *Comprendre*, (Italia), 2000, N° 10 pp. 109-123.
39. Rovaletti, M. L.: "L. Binswanger or the critic of psychiatric reason", *Comprendre* (Italia), N° 9, Octubre 1999, pp. 149-170.
40. Rovaletti, M. L.: "La Psiquiatría como ciencia de la Persona", *Vertex, Rev Arg de Psiq*, 1997, No 28, pp. 85-91.
41. Rovaletti, M. L.: "Alienación y Libertad", *Investigaciones en Psicología (Revista del Instituto de Investigaciones en Psicología de la UBA)*, 1996, Año 1, N° 1, pp. 119-135.
42. Rovaletti, M. L.: "A significação da Fenomenologia na Psiquiatria" *Temas: Teoria e pratica do Psiquiatria* (Sao Paulo) vol. 26, N° 52, 1996, pp. 150-163.
43. Sadler, J.Z., Wiggins, O.P. & Schwartz M. A. (ed.): *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnosis Classification*, Baltimore-London, The John Hopkins University Press, 1994.
44. Schafer, R.: *A new language for psychoanalysis*, New Haven, Yale University Press, 1976.
45. Schafer, R.: *Narrative actions in psychoanalysis*, Worcester, Mass, Clark University Press, 1981.
46. Schafer, R.: "The conceptualization of clinical facts", *Int. Journal of Psychoanalysis*, 1994, 75, pp. 1023-1030.
47. Waelhens, A. de: *La Psicosis; ensayo de interpretación analítica existencial*, Madrid, Ediciones Morata, 1973.
48. Zuazo Arsuaga, J. I.: "Historia clínica e intervenciones: Narración, acontecimiento y psicoterapia", *Annales de Psiquiatría* (Madrid), vol. 15, Junio 1996, No 6, pp. 232-240.
49. Kimura, B.: "Mitmenschlíkeit in der Psychiatrie", *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 1971, 19, 3-13. Citado en p. 306 por H. Tellenbach : "El problema del patrón de medida en la psiquiatría transcultural", *Psicología Médica* (Bs. As.), 1974, N° 3, pp. 305-312.