

LA FUNCIÓN DEL JUICIO EN LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA Y SU ACTUALIDAD EN LOS MANUALES DE DIAGNÓSTICO NORTEAMERICANOS

THE ROLE OF JUDGMENT IN CLASSICAL PSYCHIATRY AND ITS RELEVANCE ON NORTH AMERICAN DIAGNOSTIC MANUALS

Wang Yi Ran ¹

RESUMEN

En el proceso de describir algunas de las similitudes y diferencias en la manera de fundamentar la causalidad del padecimiento anímico entre las psicoterapias del modelo cognitivo y el psicoanálisis, nos interesa reflexionar sobre la prevalencia del juicio como función intelectual en las intervenciones de las terapias cognitivo-conductuales, a partir de rastrear sus antecedentes en la psiquiatría clásica y su actualidad en los manuales de diagnóstico, particularmente el DSM-4 y el DSM-5. Esta prevalencia será trabajada a través de pensar el mecanismo de la interpretación delirante.

Palabras clave

Psiquiatría clásica, Juicio, Interpretación delirante, Psicoanálisis.

ABSTRACT

In the process of describing some of the similarities and differences in the way of substantiating the causality of emotional suffering between the psychotherapies of the cognitive model and psychoanalysis, we are interested in the prevalence of judgment as an intellectual function in the interventions of psychotherapies, based on tracing their antecedents in classical psychiatry and its current relevance on diagnostic manuals, particularly the DSM-4 and the DSM-5. This prevalence will be worked through pondering the delusional interpretation mechanism.

Keywords:

Classical psychiatry, Judgment, Delusional Interpretation, Psychoanalysis.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email: pepwang@gmail.com

Introducción

El presente trabajo se inscribe en el marco del Proyecto UBACyT 2018 modalidad I: "Variaciones en la posición judicativa del analizante. Estudio de casos en el Servicio de Clínica psicológica de Adultos en Avellaneda" dirigido por el Dr. Gabriel Lombardi.

Los lazos entre el psicoanálisis y las psicoterapias cognitivas no parecen haber prosperado a pesar de ciertos puntos en común. Algunos cognitivos consideran a Freud como el padre de la psicoterapia y es sabido de las influencias psicoanalíticas, si bien de un psicoanálisis del Yo, en la formación de Aaron Beck, fundador de la terapia cognitiva (Korman, 2013).

Una lectura apresurada de la literatura psicoanalítica puede producir como efecto de transmisión una suerte de emparejamiento de las psicoterapias con los efectos sugestivos, sin tener en cuenta el uso que se les da en la praxis analítica al servicio de la regla fundamental (Thompson et al., 2005, p. 268). En consecuencia, es de nuestro interés debatir con las psicoterapias con fundamentos que superen el argumento de la sugestión, teniendo en cuenta que el problema decisivo, en tal caso, se encuentra en el nivel de respuesta del analista a la demanda del sujeto.

Por otra parte, se complica debatir con los cognitivos utilizando argumentos externos a su modelo o utilizando conceptos psicoanalíticos al modo de una comparación. Por tanto, resulta pertinente realizar una lectura que problematice las finalidades de sus estrategias terapéuticas que pueda ser leída desde el modelo mismo.

Es en el camino hacia tal objetivo que nos propusimos revisar el modo en que fundamentan la causalidad del padecimiento anímico. En la transmisión de las terapias cognitivas se suele exponer un principal supuesto teórico subyacente:

"Existen diversas terapias actuales que pueden ser descritas como TCC, pues todas ellas comparten el supuesto de que el pensamiento (cognición) media el cambio de la conducta y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación del estado de ánimo y de la conducta". (Keegan & Holas, 2010, p.605)

Es pertinente esclarecer el lugar que dan al pensamiento, pues a ello apuntan sus estrategias terapéuticas: algo del pensamiento, en particular la cognición, puede alterarse y tener consecuencias tanto en el estado anímico como en la conducta. Con el término cognición se suele entender a las facultades involucradas en el procesamiento de la información y el conocimiento, siendo una de estas la capacidad del juicio.

En el presente trabajo nos interesa reflexionar sobre la prevalencia del juicio como función intelectual en las intervenciones de las terapias cognitivo-conductuales, a partir de rastrear sus antecedentes en la psiquiatría clásica y su actualidad en los manuales de diagnóstico, particularmente el DSM-4 y el DSM-5.

¿Por qué pensar la función del juicio?

Encontramos que en la psiquiatría clásica se describe la actividad judicativa como una de las funciones mentales que puede alterarse y que, al día de hoy, mantiene un lugar prevalente en los manuales de diagnóstico norteamericanos bajo la forma del juicio de realidad.

Esta prevalencia puede observarse por ejemplo en las prácticas de internación en salud mental. Martín Alomo (2019) señala que, para los profesionales integrantes de los equipos interdisciplinarios, la facultad judicativa resulta una variable clave: la sanción, por parte del equipo de la alteración, desvío o error del juicio del paciente, seguramente produzca una internación (p. 59). El autor se pregunta de quién es tal juicio. Adverso, desviado, erróneo, alterado o conservado, ¿quién define su objeto?

Gabriel Lombardi (2019) argumenta que lo que se designa como "sano juicio" no es más que el pre-juicio del discurso común. Que en la psicosis no se responda a las exigencias de conformidad "razonables" no quiere decir que, en tal caso, no haya intervenido fuertemente la función del juicio (p. 71).

Por nuestra parte, sostenemos que es posible leer en las psicoterapias del modelo cognitivo, que se orientan por los manuales de diagnóstico norteamericanos, la prevalencia de la actividad judicativa en la forma de una causalidad racional, esto es, la conceptualización del padecimiento anímico como consecuencia y producto de un error lógico del intelecto¹. Esta manera de pensar cuenta con una larga tradición en la filosofía de Occidente tomando un giro cientificista en la Ilustración.

Ya en la Grecia clásica se pensaba el origen de las enfermedades del alma a partir de un juicio intelectual erróneo sobre la realidad (entendida en esa época en correspondencia con la naturaleza o Φύσις). Recordemos que en Platón el νοῦς o Espíritu es la parte racional del alma. Sin embargo, no es sino en la época helenística que tal tradición toma una orientación práctica: se recetan remedios en la forma de argumentos lógicos para corregir estos errores del juicio. Un ejemplo de ello se encuentra en las *Disputaciones Tusculanas* de Cicerón, quien, abatido por la reciente muerte de su hija Tulia, diserta sobre el tratamiento racional de las pasiones. También en la *Consolación* de Boecio se pueden encontrar remedios estoicos y más tarde platónicos, a medida que Filosofía avanza en su consuelo al poeta.

Recordemos que en el modelo cognitivo las afecciones anímicas son producto de una alteración del pensamiento, o cognición, que se manifiesta en "una deformación sistemática en el modo como los pacientes interpretaban experiencias particulares" (Beck, 2000, p.11). Es a través de esta manera de pensar la afección anímica que encontramos un enlace con las doctrinas estoicas, enlace que ha sido explorado también por algunos psicoterapeutas (e.g. Robertson, 2010). Los cognitivos suelen citar una frase de Epícteto: "Lo que perturba a los hombres no son las cosas, sino los juicios que hacen sobre las cosas" (Hadot, 2015,

¹En filosofía esto es nombrado como la tradición cognitivista de las emociones (Braicovich, 2021).

p.16). Existirían las cosas, y a ellas se añadirían los juicios erróneos de los pacientes.

Si el psicoterapeuta procede tomando el material hablado del paciente como hipótesis pasibles de ser validadas o refutadas, la alteración del juicio de realidad (el modo en que el sujeto interpreta los hechos de la vida) se vuelve un criterio diagnóstico fundamental.

Tomando lo descrito por Aaron Beck en su explicación del modelo cognitivo (2000, p.31-44), podemos deducir que la terapia cognitiva no solo se enfoca en el contenido del pensamiento como erróneo, y por tanto refutable, sino también en los modos de funcionamiento del pensamiento que contribuyen a que tal contenido resulte erróneo. En tanto nos interesa la utilización del juicio de realidad como variable diagnóstica también diferenciamos estos dos sentidos: 1. el juicio como un producto del pensamiento, y, 2. el juicio como función, en tanto la capacidad de juzgar es una de las funciones del pensamiento.

El mecanismo interpretativo

La psiquiatría clásica define al juicio como una de las facultades mentales del pensamiento, una función intelectual que puede aparecer alterada o inalterada en la clasificación de los distintos cuadros clínicos. Los juicios suponen el establecimiento de una relación entre dos o más conceptos, y de tal asociación se pueden deducir nuevos juicios. Así lo define Pinel en su "Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía": la facultad del juicio es la facultad de asociar entre sí ideas (1804, p.239-240). Esta asociación entre ideas produce una conclusión que también es un juicio. Es decir, tenemos por un lado la capacidad de juzgar, y por el otro, el resultado de esa capacidad que es el juicio como conclusión.²

Podemos relacionarlo con el juicio proposicional en la lógica clásica, en donde lo que se asocia entre sí no son dos ideas o conceptos, sino un sujeto y un predicado. Se trata, por cierto, del juicio al que refiere Jean Hyppolite (1956) en su comentario de "La Negación", que se corresponde a la negación interna al juicio. Decir que "la puerta no es roja" es una operación intelectual de negar una proposición. La verdad o falsedad del juicio se obtiene a partir de correlacionar con una realidad objetiva. Esta noción de verdad funciona como correspondencia y no como probabilidad, contingencia u otros paradigmas.

Pinel nos comparte el siguiente ejemplo: "el loco que cree ser Mahoma" involucra un juicio aunque se asocien dos ideas sin fundamento. Si bien el juicio es falso, no deja de ser un juicio. Por otra parte, que el juicio se presente alterado no condiciona el curso ni el ritmo del pensamiento. Más tarde encontraremos en Karl Jaspers (1913) una de las primeras referencias a la alteración del juicio de realidad en tanto vivencia interpretada.

Según Díez Patricio (2010), en la conceptualización de Jaspers de la percepción delirante, el error del juicio que constituye el delirio afecta al campo de las significaciones, por lo cual se refiere al juicio de realidad y al delirio como

una transformación en la vasta conciencia de la realidad (que se enuncia secundariamente en juicios de la realidad). Jaspers dirá también que el delirio se comunica en juicios. Solo donde se piensa y se juzga, puede surgir un delirio (1913, p. 118).

Según Mazzuca R. (2012) la mayor parte de la psiquiatría clásica considera a la interpretación delirante como una alteración del orden del razonamiento. Si bien el razonamiento (una secuencia de pasos que conducen desde una premisa a una conclusión) es una facultad distinta a la del juicio (la asociación de ideas), lo que las une es que son procesos complejos del pensamiento: la prevalencia está puesta sobre el funcionamiento intelectual.³

Lacan en su tesis doctoral, se acerca más, en su concepción de interpretación delirante, a lo que Jaspers contemplaba como percepciones delirantes: "No se trata aquí de interpretaciones conformes al juicio, sino que es experimentada directamente la significación en la percepción completamente normal e inalterada de los sentidos" (1913, p.115). Para el psicoanalista francés, no se trata de una interpretación conforme al juicio pero tampoco de un error en la percepción.

Recordemos que Lacan tuvo de maestro a Gaëtan Gatian de Clérambault quien para pensar las psicosis pasionales conceptualizó un mecanismo distinto al interpretativo. Se trata en tales psicosis de un núcleo ideo-afectivo inicial generado por la pasión, que se impone y no puede ser abordado por la razón. Allí se prioriza el componente afectivo más que el ideativo. Sin embargo, el esfuerzo del maestro de Lacan se centró en la separación entre las psicosis pasionales (que engloban las celotipias, los delirios litigantes y la erotomanía) y la paranoia clásica, la cual mantiene el mecanismo interpretativo para los delirios.

En la psiquiatría clásica se suele caracterizar el delirio en la paranoia por su mecanismo interpretativo: al incurrir en un sesgo interpretativo de la realidad el producto del mecanismo deviene una interpretación errónea de percepciones correctas. Este sesgo es entendido como una alteración del juicio de realidad, esto es, el modo en que el sujeto interpreta los hechos de la vida. Que el producto del juicio se entienda como una interpretación que se añade a hechos objetivos, resuena con la frase anteriormente citada de Epícteto.

Es de notar que las doctrinas estoicas postulan la existencia de representaciones de la realidad comprensivas u objetivas, esto es, representaciones sobre las que no se duda por lo evidentes que son. El término en griego es *phantasia kataleptiké*. A estas representaciones se agrega un juicio de valor que ya no se condice con la realidad, sino que la significa. Por ende, nuestro discurso interior enuncia y describe el contenido de estas representaciones y damos o no nuestro consentimiento, que puede ser implícito, a tal enunciado. Según Hadot (1995), aquí es donde se sitúa la posibilidad del error, en el aspecto "interior" de la representación.

Con esto queremos señalar que los estoicos no solo conta-

²Esta diferencia es crucial en tanto, según la explicación cognitivista de las emociones, quien no cuente con la capacidad de generar juicios no podría sentir emociones (Braicovich, 2021).

³Encontramos también que muchas veces se los utiliza de manera indiferenciada.

ban con tal teoría del conocimiento, sino también ejercicios espirituales que apuntaban a suspender o corregir el juicio (p.116). En este sentido, la tradición interpretante o razonante como explicación de la formación del delirio, que entendemos continúa en el modelo cognitivo, encuentra un posible antecedente no solo en el esfuerzo terapéutico de las doctrinas estoicas, sino también en una tradición en filosofía que, por lo menos desde Sócrates, explica el padecimiento anímico a través de errores en el juicio:

“...todas las filosofías helenísticas admiten con Sócrates que los hombres están inmersos en la desgracia, la angustia y el mal, porque se encuentran en la ignorancia: el mal no radica en las cosas, sino en los juicios de valor que los hombres emiten acerca de ellas. Se trata pues de ayudar a los hombres cambiando sus juicios de valor: todas estas filosofías pretenden ser terapéuticas”. (p.117)

Esta concepción racionalista continuó en Spinoza, quien diserta en su “Ética demostrada según el orden geométrico” (1677) acerca del origen y la naturaleza de los afectos. En la proposición III indica: “Las acciones del alma brotan sólo de las ideas adecuadas; las pasiones dependen sólo de las inadecuadas” (p.129). Es evidente que la noción de afecto en Spinoza no coincide con lo que los estoicos pensaban como afecciones del alma, sin embargo arriban a conclusiones similares: las pasiones dependen de ideas inadecuadas.

Sin embargo, lo que nos interesa, a los fines de este escrito y volviendo al mecanismo interpretativo, no se reduce a su relación con tales antecedentes conceptuales, sino sobretudo al uso que se le da en la actualidad en los manuales de diagnóstico norteamericanos: encontramos allí que el mecanismo interpretativo no es específico del delirio en la paranoia, sino que también funciona en la normalidad (símil a lo que Freud disertaba sobre el mecanismo de la proyección). También en una depresión o en una ansiedad, el paciente incurre en sesgos interpretativos.

El juicio en los manuales de diagnóstico norteamericanos

El término juicio en el DSM-5 aparece en torno a la alteración del juicio de realidad, esto es, una interpretación de la realidad sesgada por el delirio. También se asocia al rol del psicoterapeuta a través de la noción de “juicio clínico” (clinical judgement), el sintagma “juicio del clínico” y el buen juicio en relación al diagnóstico. Lo que no termina de especificarse es la diferencia entre psicosis y neurosis en relación a estos juicios o creencias en tanto la interpretación delirante se entiende como el producto que resulta de una alteración extrema del juicio de realidad.

Si bien encontramos en los clásicos como Sériex y Cagras la descripción de la significancia personal para dar cuenta del carácter delirante de una idea (Martin y Maurgeri, 2018, p.160), esta característica no aparece en los manuales de diagnóstico. Si solo nos guiáramos por las definiciones que las ediciones recientes del DSM nos proponen acerca de la diferencia entre una interpretación delirante y una creencia fija, no podríamos encontrar lo que

es específico a las formaciones delirantes, debido a que la fijeza es un rasgo que aparece también, según los norteamericanos, en los trastornos obsesivos compulsivos. A modo de ilustración, tomemos el siguiente ejemplo. Según el DSM-4, las ideas delirantes son “creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias” (APA, 1994, p. 281). Esta definición coincide con la del mecanismo interpretativo, por ende podría funcionar tanto para una interpretación delirante como para una de las creencias intermedias en la depresión. Veamos cómo define el DSM-5 a la idea delirante:

“creencia falsa basada en deducciones incorrectas sobre la realidad externa que se mantiene firmemente a pesar de lo que el resto de las personas creen, y a pesar de las pruebas evidentes e indiscutibles de lo contrario (...). Cuando una falsa creencia implica un juicio de valor, se considera como un delirio sólo cuando el juicio es tan extremo como para desafiar la credibilidad”. (APA, 2014, p.824)

El criterio de diferenciación entre una creencia falsa y una interpretación delirante está puesto sobre cuán extremo es el juicio, lo cual es valorado, en última instancia, por el “juicio clínico” del psicoterapeuta (noción de la medicina y por ende de la psiquiatría).

Por otra parte, los tipos de delirios se clasifican en los manuales de diagnóstico según su contenido. Por tanto, no encontramos ni en el contenido ni en el mecanismo de formación la especificidad de la interpretación delirante en su diferencia con una creencia fija o una creencia errónea. Esta falta de especificidad, pensamos, termina siendo sintomática, al punto que el término de paranoia, cae de los manuales DSM recientes (desde la cuarta edición).

Al utilizarse el mecanismo interpretativo para describir distintos tipos de trastornos, la definición de delirio empieza a soportarse de una normalidad como horizonte de la cura. Esta dificultad lleva la valoración del contenido de los delirios a una dimensión ético-política, en plena dependencia del juicio del psicoterapeuta y de los fines de la terapia. Tanto en relación al diagnóstico como al tratamiento interviene el juicio clínico del terapeuta conforme a su propio juicio de realidad, con lo cual la terapia podría devenir en una confrontación de juicios.

Actualidad de la problemática

La diferencia entre delirio y creencia ha sido trabajada recientemente por el psiquiatra español Antonio Díez Patrio, quien divide a la creencia en dos vertientes, una epistemológica, la creencia como idea, y una psicológica, la creencia como disposición a actuar. Dirá que la vertiente epistemológica mantiene un “parecido de familia” con el delirio paranoico (2021, p. 127). Éste último es entendido como un relato que el sujeto delirante hace sobre sí mismo, por lo cual constituye un conjunto de ideas reflexivas. A través de la epistemología o teoría del conocimiento, determina que se puede considerar al delirio no como una creencia errónea sino como un saber erróneo (2010, p. 71). Esta diferencia entre creer y saber se juega desde

una definición clásica: a la creencia no se le exige que sea verdadera mientras que al saber sí. El saber será definido por tanto como una creencia que se corresponde con la realidad.

En base a esto argumenta que el delirio no es una variedad de la creencia en tanto el sujeto delirante no dice “creo que...”, sino que asegura que está en lo cierto, por lo que formula su delirio como un saber (p. 84).

Lo interesante del autor es que piensa el delirio como un conjunto de conductas verbales; el delirio es el discurso delirante. Sin embargo, el enfoque sigue estando puesto en el contenido y su correspondencia con la realidad, afín al paradigma de la verdad como correspondencia. A su vez acepta de manera implícita la explicación cognitivista del delirio como un error del juicio.

Conclusión

El psicoanalista dirige la cura pero no al paciente, escribió Lacan en 1958 (p.560). Y desde esta posición ético-política seguimos disertando sobre la eficacia y el lugar del psicoanálisis en nuestra época.

Cuando nos planteamos la pertinencia de un psicoanálisis, la pregunta por los fines entran en juego. Al ubicar estos, damos un encuadre a nuestra acción. Es el pasaje de la pregunta ¿qué es la realidad? a ¿qué noción de realidad nos interesa como analistas? El problema de la causalidad como causación se plantea en un orden similar, no se trata de saber cuál es el origen del padecimiento, sino qué recorte hacemos sobre el padecimiento, y sobre nuestra posición, para poder operar. Esto no quiere decir que no contemos con alguna hipótesis sobre las causas, sin embargo la noción de causa no se confunde con la de origen. Si se entiende el juicio según cómo lo piensan los cognitivos, como una interpretación sobre la realidad, será sobre un trasfondo de una conceptualización específica de tal realidad y su consiguiente relación con la cura. Desde el psicoanálisis lo efectivamente acontecido no necesariamente se juega en la causa del síntoma, por ello se trabaja con la realidad psíquica del paciente.

Se podría pensar a la neurosis de transferencia como un campo de exploración compartido, entre analizante y analista, de las actividades judiciales en juego. Si así lo fuera, la definición de juicio no podría reducirse a un juicio consciente que es valorado como aceptado o rechazado por el juicio del psicoterapeuta.

A lo largo del trabajo nos interesó delimitar cómo, la tradición cognitivista, que desde los comienzos de la filosofía occidental explica el origen de las emociones a partir de un juicio intelectual erróneo que se añade a una percepción de la realidad, influyó la forma de pensar los delirios como formaciones interpretantes o razonantes en la psiquiatría clásica, y sobrevive en las terapias cognitivo-conductuales como hipótesis subyacente. Si bien esta manera de conceptualizar el origen de la emoción ha sido refutada a lo largo de la historia, ésta retorna cíclicamente. Actualmente nos encontramos en un momento en el que está siendo de vuelta cuestionada. Surgen terapias alternativas a las TCC como la Terapia de Esquemas, que tiene una duración más larga y retoma la vertiente psico-

dinámica de las relaciones con el objeto, pero la base de la realidad común se mantiene: prima la lectura de cuán extrema es la alteración del juicio de realidad para pensar el diagnóstico diferencial.

Podemos extraer de tal metodología al menos tres problemas con consecuencias clínicas: 1. la reducción del conflicto emocional a una lectura intelectual o epistémica, 2. el primado de una realidad objetiva y externa al cual adaptarse contrapuesto a la realidad psíquica del paciente entendido como algo interior, que se reduce a diferentes pares binarios (sujeto-objeto, interior-exterior, paciente-realidad), y, 3. la relevancia del juicio clínico del psicoterapeuta como una variable que no aparece en las investigaciones de eficacia y validez.

Por otra parte, nos encontramos en los avances de las neurociencias con otra de las explicaciones posibles sobre el origen del padecimiento anímico en la forma de una causalidad orgánica, esto es, ubicar el padecimiento mental en los trastornos orgánicos. Vale aclarar que hay desarrollos en neurociencias que son interesantes a explorar desde el psicoanálisis, sin embargo, el problema surge cuando se reduce la afectividad a una explicación organicista, punto de debate entre Lacan y Henri Ey (Lacan, 1946).

Nos interesa en futuras investigaciones delimitar cuáles son los posibles aportes del psicoanálisis a este debate, en particular en lo concerniente a lo que nombramos con el término causalidad. Tal respuesta no podrá dejar de lado una conceptualización de la posición del analista marcada por la función del deseo y el campo de la transferencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alomo, M. (2019). Nota sobre la facultad judicial en las interacciones de salud mental. *Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-4*. Masson.
- APA (American Psychiatric Association) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, J. S. (2000). La conceptualización cognitiva. En *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Braicovich, R. (2021). La redefinición del concepto de juicio en la explicación cognitivista de las emociones. *Revista Eikasia* (102), 129-151.
- De Clérumbault, G. “Las psicosis pasionales”. En *Metáfora y delirio*. Eolia Dor, 1993.
- Díez Patricio, A. (2011). Creencia y delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 71-91.
- Díez Patricio, A. (2021). Razón, creencia, delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 117-136.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. En *Obras Completas, XII*. Amorrortu.
- Hadot, P. (1995). *¿Qué es la filosofía antigua?* Fondo de Cultura Económica.
- Hadot, P. (2015). *Manual para la vida feliz*. Errata naturae.
- Hyppolite, J. (1956). Comentario hablado sobre la Verneinung de Freud. En Lacan, J. (1966). *Escritos 2*. Siglo XXI.

- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología General*. Beta, 1980.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Terapia cognitivo conductual: teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605-629). Springer. Traducción: Ariel Dalla Valle.
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470-486.
- Lacan, J. (1946). Acerca de la causalidad psíquica. En Lacan, J. (1966). *Escritos 1*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Lacan, J. (1966). *Escritos 2*. Siglo XXI.
- Lombardi, G. et al. (2018-2020) Proyecto de la programación 2018-2020 de UBACyT: "Variaciones en la posición judicial del analizando. Estudio de casos en el Servicio de Clínica psicológica de Adultos en Avellaneda". Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Lombardi, G. (2019). Perder la razón. Notas sobre el juicio y la identificación en la psicosis. *Palavras. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis*, 5, 71-84.
- Martin y Maugeri (2018). La dilución de las paranoias en las clasificaciones actuales. En De Battista, J. (Coord.) *Aportes interdisciplinarios en Psicopatología*. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica. Universidad Nacional de La Plata.
- Mazzuca, R. (2012). Fenómenos elementales. En Schejtman, F. (comp.), *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*. Grama.
- Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. Imprenta Real.
- Robertson, D. (2010). The philosophy of cognitive-behavioural therapy (CBT). Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy. Karnac.
- Spinoza, B. (1677). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Orbis.
- Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E., Gurevicz, M., Lombardi, G. (2005). La preocupación por los efectos terapéuticos en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 12, 265-269.

Fecha de recepción: 29 de agosto de 2022
Fecha de aceptación: 18 de noviembre de 2022