

## ARTIGOS

# El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck

Guido Pablo Korman<sup>1</sup>

---

El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck

## RESUMEN

El psicoanálisis en el que Beck se formó tenía como objetivo incluir al psicoanálisis dentro del modelo científico. Esto era consistente con los intereses de un gran número de investigadores clínicos en los Estados Unidos durante las décadas de 1950 y 1960. Este trayecto intelectual lo llevará, años después, a desarrollar la terapia cognitiva. En este trabajo nos enfocaremos en el entrenamiento psicoanalítico de Beck así como en las primeras publicaciones de éste como especialista en psiquiatría durante su práctica hospitalaria en la Clínica de Austen Riggs y en el Hospital Valley Forge Army. Analizaremos sus primeras hipótesis, intentando rastrear los indicios de su modo de actuar como psicoanalista. Esta misma formación posteriormente lo llevará a un replanteo del modelo psicoanalítico, hecho que será clave para explicar las características que adoptará la terapia cognitiva.

**Palabras clave:** Beck; Psicoanálisis; Terapia cognitiva.

---

The legacy of psychoanalysis in Aaron Beck's cognitive therapy

## ABSTRACT

The psychodynamic model in which Beck was formed tried to include psychoanalysis into the scientific model. This was consistent with the aims of many clinical researchers in the 1950-1960 decades in the United States. This will take him, years later, to develop the cognitive therapy. In this paper we will focus on Beck psychoanalytic training and his firsts publications as a specialist in psychiatry during his hospital practice (at the Austen Riggs Clinic and in the Valley Forge Army Hospital). We will analyze his first hypotheses, trying to trace the evidence of his mode of action as a psychoanalyst. This formation will subsequently lead him to rethink the psychoanalytic theory, a fact that will be the key to explain the features that will adopt cognitive therapy.

**Key words:** Beck; Psychoanalysis; Cognitive therapy.

O legado da psicanálise à terapia cognitiva de Aaron Beck

## RESUMO

A psicanálise em que Beck se formou tinha como objetivo incluir esse campo dentro do modelo científico. Isso era coerente com os interesses de numerosos pesquisadores clínicos nos Estados Unidos durante as décadas de 1950 e 1960. Esse percurso intelectual o levará, anos depois, a desenvolver a terapia cognitiva. Neste artigo, enfocaremos a formação psicanalítica de Beck, assim como suas primeiras publicações como especialista em psiquiatria durante sua prática hospitalar na clínica *Austen Riggs*, no Hospital *Valley Forge Army*. Analisaremos suas primeiras hipóteses, com o objetivo de rastrear os indícios de seu modo de atuação como psicanalista. Essa mesma formação, posteriormente, o levará a repensar o modelo psicanalítico, fato que será capital para explicar as características que a terapia cognitiva adotará.

**Palavras-chave:** Beck; Psicanálise; Terapia cognitiva.

---

## Introducción

Aaron Temkin Beck tiene ya una larga historia en el campo académico. Nace el 18 de Julio de 1921 y su primera publicación data de 1948; desde entonces y hasta la fecha, continua escribiendo y publicando de manera prolífica. Cuenta con más de 600 publicaciones entre libros, artículos y capítulos de libros. Junto con Albert Ellis y Donald Meichenbaum son habitualmente identificados como los **padres** de la terapia cognitiva conductual (Mahoney & Arnkooff, 1978).

En las **historias** respecto del surgimiento de la terapia cognitiva podemos encontrar distintas lecturas. Una de estas enfatiza la crisis de los modelos conductuales a partir de la inclusión de la cognición como área de investigación (Rachman, 1997). La **revolución cognitiva** dio lugar a lo que se conoce como la ciencia cognitiva; es decir, una disciplina integrativa que abarca aspectos distintos que van desde la psicología cognitiva, hasta la inteligencia artificial, la neuroanatomía, la filosofía del conocimiento, la lingüística y la antropología (lo que se ha dado en llamar el hexágono cognitivo). Este movimiento influyó en el desarrollo de la terapia del mismo nombre (Ingram & Siegle, 2010; Kriz, 2002; Mahoney, 1998).

Una segunda lectura describe el surgimiento de la terapia cognitiva como correlato de la crisis de los modelos psicoanalíticos al intentar evaluar sus premisas con metodología científica (Semerari, 2002). Los nuevos desarrollos psicoanalíticos, principalmente los de la psicología del yo norteamericana, fueron generando dentro del modelo psicoanalítico un corpus teórico que posibilitaría el surgimiento de la terapia cognitiva (Rosner, 1999).

Otra lectura, más contextual, podría incluir variables que excedan las dinámicas internas de la disciplina, tal como hemos descrito en las miradas anteriores, como el rol del estado generando políticas de desarrollo. El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, en la década del 50, empieza a tener injerencia en la investigación en psicoterapia, proponiendo la evaluación de la práctica psicoterapéutica, e invirtiendo, entre 1949 y 1977, aproximadamente 55 millones de dólares en casi 530 subsidios; lo que representaba entre el 55% y el 65% de la investigación mundial en psicoterapia (Memorandum from Chief, 1977, 1980, citado en Rosner, 2005). Rachael

Rosner, una reconocida investigadora de la psicoterapia, concibe tres etapas diferenciadas en lo que respecta a la participación del Instituto de Salud Mental en el desarrollo de las psicoterapias; una primera orientada a los modelos psicoanalíticos; una segunda con un fuerte peso de los modelos conductuales y una tercera con la aparición de estudios aleatorios y controlados. La primera etapa coincide con el interés de distintos investigadores psicoanalíticos por evaluar **objetivamente** los tratamientos; las miles de sesiones psicoanalíticas grabadas por David Shakow entre los años 50 y 60 constituyen un caso paradigmático de esta inversión (Rosner, 2005). Entre los investigadores que formaron parte de esta etapa se encontraban David Rapaport, Lawrence Kubie y otros reconocidos psicoanalistas. Muchos de estos investigadores participaron de la formación psicoanalítica de Aaron T. Beck e influyeron significativamente en sus primeras investigaciones (Rosner, 1999).

La trayectoria intelectual de Beck es parte de una tendencia mayor en la que el psicoanálisis funcionó como centro de las reflexiones. Al finalizar la segunda guerra mundial, muchos psiquiatras creían que la psicoterapia psicoanalítica podría tratar los distintos padecimientos humanos. Según el mismo Beck, el psicoanálisis era la respuesta que prometía revelar gran parte de los enigmas de la mente (Beck, 2006). Estos sistemas teóricos enfatizaban la interacción de la persona con el medioambiente y fueron imponiendo un modelo psicosocial para pensar la enfermedad mental.

Para analizar la formación psicoanalítica de Beck tomaremos sus cuatro primeros textos de índole psiquiátrica (hay un primer escrito [Beck, 1948] que trabaja sobre una azotemia pre-renal resultante de una estenosis) en los que veremos cómo paulatinamente se hace eco de este interés de época que era el de demostrar de manera científica las hipótesis psicoanalíticas. Los textos descriptos serán: ***Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt*** (Exitosa terapia ambulatoria de una esquizofrenia crónica con delirio basado en culpa prestada), en la revista ***Psychiatry*** (Beck, 1952); un texto de 1953 que publicó, junto con Sigmund Valin, ***Psychotic depressive reactions in soldiers who accidentally killed their buddies*** (Reacciones psicóticas depresivas en soldados que accidentalmente mataron a sus camaradas), en el ***American Journal of Psychiatry*** (Beck & Valin, 1953); el artículo de 1954 ***A dynamic therapeutic program for a psychiatric open ward*** (Un programa de terapia dinámica para una guardia abierta psiquiátrica), en la revista ***The Military Surgeon*** (Beck, 1954); todos estos artículos se encuentran firmados como el Capitán Aaron T. Beck; y, por último, el texto de 1956 escrito con Thomas Guthrie y publicado en la revista ***Psychosomatic Medicine Psychological significance of visual auras: A study of three cases with brain damage and seizure*** (Significación psicológica de la visión del aura: un estudio de tres casos con daño cerebral y crisis epilépticas) (Beck & Guthrie, 1956).

Antes de adentrarnos directamente en los textos realizaremos una breve introducción a la formación de Beck. Suele suceder que autores que motorizan cambios significativos en un área de conocimiento sean vistos, por quienes detentan el mismo paradigma, como innovadores solitarios. Estas miradas generalmente desconocen las relaciones teóricas, las interpersonales y las contextuales. Es interesante, entonces, describir estos aspectos un tanto desconocidos para muchos psicoterapeutas. En segunda instancia, discutiremos algunos aspectos del rol de la investigación para el desarrollo de la terapia cognitiva enfatizando los cambios producidos por el papel del Instituto Nacional Salud Mental de los Estados Unidos fomentando políticas de investigación en psicoterapia.

### **La formación psicoanalítica de Beck**

Beck llega a la psiquiatría por azar. Mientras realizaba una residencia en Neurología en el *Cushing Veterans Administration Hospital en Franigham, Massachusetts*, el

jefe del departamento obliga a todos los residentes a hacer una rotación en la sala de psiquiatría. Era al final del año 1949. En el departamento de psiquiatría todos eran de orientación psicoanalítica y Beck se mostraba crítico al respecto por parecerle que todo era interpretado a partir de fuerzas invisibles (Yapko, 1991, citado en Weishaar, 1993). Describe haber pasado seis meses en aquella residencia sin entender lo que se hacía:

Recuerdo estar sentado con un grupo de psicóticos sin saber qué hacer (...) Como tenía un buen grupo de amigos decido pasar unos seis meses más, al final de esos seis meses, pienso que la psiquiatría no es para mí y pensaba en volver a la neurología. Charlando con un amigo muy cercano, este me dice que la razón por la que no entiendo es que nunca fui analizado y yo le pregunto qué tiene que ver eso. Entonces él me dijo que yo tenía algunos problemas de personalidad y que cuando estás con los pacientes psiquiátricos aparecían estos conflictos inconscientes y por eso la psiquiatría me resultaba tan difícil y aparecían estas defensas que te obstaculizan entender lo que está pasando”<sup>1</sup> (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2011, minuto 22, la traducción es nuestra).

Cuando termina los primeros seis meses decide quedarse en el departamento de psiquiatría esperando poder realizar el *insight* respecto de las dificultades (Weishaar, 1993) y la fascinación que le genera el psicoanálisis (Beck, 2006); que, para ese entonces, ofrecía respuesta a casi todos los problemas humanos desde la guerra hasta el cáncer (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2011, minuto 23). Psiquiatría y psicoanálisis eran dos disciplinas muy cercanas, la mayoría de los psiquiatras eran psicoanalistas; los psicólogos en los Estados Unidos, por el contrario, casi no trabajaban como clínicos sino que se dedicaban principalmente a la investigación (Rachman, 1997).

En el momento en que Beck comienza a formarse en psiquiatría, inmediatamente después de la segunda guerra mundial, la psiquiatría americana se encontraba experimentando con distintas técnicas (hidroterapia, electroshock, entre otras) sin mucho éxito. La utilización de estrategias psicoanalíticas en soldados durante la guerra había demostrado la utilidad de este modelo en la práctica clínica; los terapeutas que habían sido más exitosos eran aquellos que combinaban el modelo psicoanalítico con aportes más directivos provenientes del modelo higienista en salud mental (Hale, 1995). Es así como en el *Cushing Veterans Administration Hospital*, en el que Beck llevaba a cabo su residencia, uno de los profesores –Felix Deutsch– desarrolla una forma breve de psicoterapia psicoanalítica, con el objetivo de una rápida reducción de síntomas, en la que realiza una integración entre psicoanálisis, psicoterapia breve y medicina psicosomática (Rosner, 1999).

En los dos lugares en los que Beck recibió entrenamiento psicoanalítico, tanto Austen Riggs como el *Philadelphia Psychoanalytical Institute*, se daba esta combinación de psicoanálisis tradicional y técnicas más directivas en consonancia con la formación que tuvo como residente. Tal vez podría decirse que la formación inicial de Beck se vincula con un psicoanálisis más pragmático y orientado a la resolución de problemas.

Entre 1950 y 1952 fue becario postdoctoral en el *Austen Riggs Center*, cuyo director médico era Robert Knight, donde David Rapaport era director del área de investigación (Rosner, 1999, 2012) y Erik Erickson era supervisor (Weishaar, 1993). Un grupo de muy destacados psicoanalistas de la denominada escuela de la Psicología del Yo se trasladaron de la clínica *Menninger* a *Austen Riggs* a partir de la designación de Knight (comunicación personal con la Dra. Adela Leibovich de Duarte quien entre los años 1968 y 1972 hace sus estudios de doctorado en el *Research Center for Mental Health, New York University*) como director. Beck participa de los seminarios y se ve expuesto a una gran cantidad de enfoques respecto de la práctica psicoterapéutica; el psicoanálisis tradicional, la psicología del yo, la higiene mental

(modelo de Adolf Meyer), la terapia de grupo, teorías de la cognición e investigación experimental (Rosner, 1999). Esta diversidad tendrá mucha importancia para el desarrollo de la terapia cognitiva. Ejemplo de ello son los trabajos de Rapaport (1951) que pretendían integrar los principios de la ciencia experimental y lógica con el psicoanálisis; para ello intentaba crear hipótesis susceptibles de ser probadas a partir de la experimentación e incluir el desarrollo de las funciones normales tales como percepción e inteligencia que permitirían una reconciliación del psicoanálisis con la psicología académica (Hale, 1995). Es de notar que Rosner (2012) da un lugar muy importante a la obra de Rapaport a la hora de inspirar la teoría cognitiva de Beck debido a que el primero se encontraba desarrollando una teoría del pensamiento desde el psicoanálisis.

En *Austen Riggs* se viene desarrollando un programa de investigación cuyo objetivo es revisar las hipótesis psicoanalíticas de manera experimental. Las bases de muchos de los psicoanalistas que trabajan en *Austen Riggs* vienen de la escisión que se produce en la *American Psychoanalytical Association*. De esta separación surge la *American Academy of Psychoanalysis*, con sede en Chicago. Este grupo rechaza la ortodoxia del psicoanálisis tradicional y se afilia con la *Franz Alexander's Chicago School* (Rosner, 1999) que estaba interesada en encontrar los correlatos fisiológicos para las hipótesis psicoanalíticas y en el desarrollo de la medicina psicosomática. Hay una fuerte relación entre el *Philadelphia Psychoanalytical Institute*, en el que Beck se formará como psicoanalista entre 1953 y 1958, y las dos instituciones que acabamos de mencionar (la *American Academy of Psychoanalysis* y la *Franz Alexander's Chicago School*).

Al aplicar al *Institute of the Philadelphia Psychoanalytical Society*, Beck debe iniciar su análisis psicoanalítico, su primera analista fue Catherine Bacon (discípula de Leon Saul) con quién se analizó entre 1953 y 1955 con un total de 396 horas de análisis (Rosner, 1999). Leon Saul –quien fue el segundo analista de Beck y de quien tomara la idea de investigar la patología en los sueños– y Roy Grinker –uno de sus profesores más influyentes– se formaron con Alexander. Ambos fueron importantes en la formación de Beck. El psicoanálisis en el que Beck se formó tuvo una fuerte impronta empirista y pragmática.

Detengámonos en algunos de estos desarrollos. Leon Saul publica un libro en 1947, *Emotional Maturity: The development and Dynamic of Personality* (Saul, 1947), en el que relata la importancia de la madurez emocional, enfatiza la importancia de la relación que se establece entre las emociones y el intelecto, y cómo la carencia de madurez emocional interfiere con la realidad. Saul denominó a su modelo psicoanalítico **psicoterapia racional** en el que integraba al psicoanálisis con ideas de autores conductuales como Cannon y Pavlov. Además, uno de los formadores de Leon Saul, Franz Alexander, publica junto a Thomas Morton French, un libro, *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application* (Alexander & French, 1946) que cuestiona algunos de los supuestos clásicos del psicoanálisis. Pone en duda la idea acerca de la relación entre la profundidad de la terapia y la duración del tratamiento y frecuencia de las entrevistas. Según los autores un número pequeño de sesiones no llevaría necesariamente a un tratamiento superficial así como un tratamiento más prolongado tampoco asegura, *per se*, mejores resultados. Sostienen que un tratamiento breve, flexible y pragmático, basado en la realidad y que intente ajustar al paciente a una mejor interacción con el ambiente, sería consistente con las premisas psicoanalíticas.

Esta perspectiva del psicoanálisis puede ser observada en los trabajos que produce en el *Valley Forge Army Hospital* entre 1952 y 1954. De los cuatro textos que describiremos, tres de ellos fueron escritos mientras trabajaba en ese hospital. En estos textos quedaron plasmadas las hipótesis teóricas con las que pensaba los casos y su forma de concebir el psicoanálisis.

## Beck psicoanalista

Vamos a repasar algunas ideas de su primer trabajo como psiquiatra: ***Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt*** en la revista ***Psychiatry*** (Beck, 1952). La mayor parte de los artículos publicados en esa prestigiosa revista eran de orientación psicoanalítica, tal como sucedía en la generalidad de las revistas de psiquiatría en el período.

Tal como escribe Beck, el paciente fue visto de manera ambulatoria, por treinta sesiones de una vez por semana. El diagnóstico fue de esquizofrenia crónica. Las alucinaciones databan de siete años y el dato interesante es que, a medida que éstas iban siendo interpretadas, fueron desapareciendo. El paciente es un veterano de la segunda guerra mundial de 28 años de edad. Cuenta que cincuenta investigadores del FBI se encargaban de vigilarlo día y noche en el almacén en el que trabajaba con su padre donde también le habían instalado micrófonos. Beck consigna que, en las primeras entrevistas, había estado muy activo discutiendo los distintos problemas con el paciente, a la vez que era poco directivo permitiendo que el paciente contara aquello que le pareciera importante. El paciente quiere expresar las distintas experiencias que vivió en la guerra. Luego de relatarlas y, a partir de la catarsis que se produjo, se da lugar a una importante reducción de síntomas de malestar y comenta que cree que los investigadores del FBI pronto dejarán de acumular evidencia y cerrarán el caso. Beck nos dice que el paciente entendió que parte del malestar se debía a experiencias del pasado y por eso decide contarle un secreto de la familia que le da mucha vergüenza. El padre había participado como soldado en la primera guerra mundial y exageró una dolencia para recibir una pensión por parte del Estado. Relata que el paciente expresa un alto grado de emoción al trabajar este tema. Beck interpreta que él se ha ubicado en los zapatos de su padre tomando el acto deshonesto sobre sí mismo y espera ser castigado por ello. El paciente le comenta que lo que ha ocurrido en este encuentro ha sido muy aliviador para él. Al salir de la sesión discute con su padre los motivos por los que ha sostenido esta conducta deshonesto tanto tiempo. En el tratamiento recorren los recuerdos traumáticos de la adolescencia, conductas permisivas sexuales por parte de su padre con prostitutas, etc. A la vez, se trabajan experiencias de la guerra y la incomodidad con algunos de sus compañeros, los miedos del paciente a ser homosexual y cómo, para neutralizar estos miedos mientras estuvo en Alemania durante la guerra, eligió a una mujer alemana mucho mayor que él para tener sexo, y cómo, en uno de esos encuentros, vio el rostro de su madre, a partir de lo cual comenzó a tener problemas sexuales. Discuten las identificaciones con el padre y la madre. El paciente obtiene una importante mejoría y es dado de alta.

En la discusión del caso, Beck sugiere que el vínculo terapéutico establecido es lo que posibilita la mejoría del paciente. A partir de este lazo es posible reconstruir el desarrollo de la enfermedad del paciente y la crisis adolescente. Beck nos explicita que la identificación con el padre no fue completa debido a la debilidad de éste. En la armada volvieron estos deseos de soledad y carencia, intensificándose los impulsos homosexuales. Es en este contexto que se desarrolla la alucinación. La alucinación puede ser analizada de la misma manera que un sueño. Las explicaciones psicoanalíticas se encuentran presentes en el texto: las interpretaciones edípicas, la identificación y el rol de las defensas, entre otras.

Dice Beck

La formulación fue confirmada por el paciente, casi de inmediato la respuesta emocional de la interpretación en la que él estaba identificado con su padre y asumía la culpa. Con este *insight* le fue posible bajar esta defensa y, por primera vez, expresar resentimiento directamente al padre<sup>2</sup>. (Beck, 1952, p. 312, la traducción es nuestra).

En este texto encontramos un Beck profundamente interesado por el psicoanálisis, que considera que ha sido a partir de su interpretación que desaparecieron las alucinaciones. Inferimos que el objetivo de sus intervenciones era reforzar el yo y generar un buen vínculo transferencial. Vemos que esto se logra a partir de un tratamiento relativamente breve para el psicoanálisis tradicional (treinta sesiones) y orientado a la resolución del conflicto.

### **Beck y la inclusión de las técnicas de evaluación**

Otro de los textos que expresa la línea psicoanalítica del trabajo de Beck es el ya mencionado ***Psychotic depressive reactions in soldiers who accidentally killed their buddies***, que escribiera con el psicólogo Sigmund Valin y publicara en el ***American Journal of Psychiatry*** (Beck & Valin, 1953). En este artículo describen un estudio clínico sobre cinco soldados que experimentaron una reacción psicótica depresiva luego de matar por error a un camarada. Cuatro de los cinco pacientes examinados han tenido algún tipo de recuperación. Mostraban claras distorsiones sobre la base de un carácter que, en la mayoría de los casos, podría clasificarse como histérico. Los pacientes revelaban, de manera uniforme, una historia de ajuste *borderline* a la vida civil, pobres identificaciones, familias inestables y gran ambivalencia en las relaciones con los otros.

La severidad de la reacción del trauma es explicada por la presencia de hostilidad inconsciente hacia los camaradas y una alta vulnerabilidad de la personalidad. Esta combinación tiene como correlato el desarrollo de una culpa insoportable. Beck y Valin describen esta situación:

La investigación realizada en este trabajo puntualiza la importancia del rol de la hostilidad reprimida hacia los camaradas. No fue posible cuantificar esta hostilidad, pero había una serie de indicadores de esta presencia -en las verbalizaciones, en los sueños y en los test proyectivos (...) Es aparente que no hay una explicación simple para la presencia de la hostilidad. Sin embargo es posible formular situaciones y condiciones que han contribuido a esta formación<sup>3</sup>. (Beck & Valin, p. 351, la traducción es nuestra).

Las condiciones a las que se referían en el texto se sintetizan en tres aspectos: en primer lugar, la intimidad presente en situación de combate que evoca intensas emociones experimentadas en la niñez (amor, lealtad, rivalidad, celos...); en segundo lugar, sentimientos de inferioridad y de inadecuación que generan una proximidad hacia personas más fuertes, con el objetivo de satisfacer necesidades de dependencia y por último, la presencia de pensamientos mágicos como la fantasía de ser invulnerable o, al compartir una trinchera, imaginar que uno de los dos debe morir: "es él o yo" (Beck & Valin, p. 351, la traducción es nuestra)

Las reacciones de estos soldados tras la tragedia sufrida guardan relación con la hostilidad inconsciente y la crítica del propio medio por haber matado a un camarada. Dicen los autores: "La sobrecarga del superyó impone una presión severa a la estructura psicológica"<sup>4</sup> (Beck & Valin, p. 351, la traducción es nuestra). La debilidad de la estructura psíquica, las rumiaciones obsesivas, las fallas de las defensas y la represión llevan a las proyecciones paranoicas y a la pérdida de sentido de la realidad. El posicionamiento de Beck y Valin coincide con la hipótesis psicoanalítica de la hostilidad vuelta hacia sí mismo como causante de la intensa reacción de malestar.

El artículo consigna que los pacientes fueron evaluados con distintas técnicas, muchas de las cuales aún siguen vigentes. La batería de test que se aplicó es: (1) *Weschler-Nellevue, Form I* (2) *Wechsler Memory Scale* (3) *Draw Person* (4) *Rorschach* (5)

*Thematic Apperception Test (6) Sentence Completion Test*. El interés de Beck por la utilización de técnicas de evaluación provenientes del campo de la psicología está relacionado con el objetivo de proveer de evidencia científica al psicoanálisis. Esta tendencia –evaluar con test psicológicos el funcionamiento de los pacientes– es parte del espíritu de la época que busca objetivar al psicoanálisis a partir de mediciones específicas (Rosner, 2005). Por otra parte, Beck insiste en su búsqueda de evaluar lo investigado y por ello tiene la necesidad de trabajar con psicólogos que provean los métodos de evaluación.

Este es el primer texto en el que Beck menciona el término depresión, a partir de las categorizaciones propias de la época, utilizando la denominación **depresión psicótica**. En la actualidad se piensa que esta división es puramente artificial y ya no se utiliza. El mismo Beck indica esta salvedad en la reedición de su primer libro, reeditado junto con Brad Alford, ***Depression Causes and Treatment*** (Beck & Alford, 2009), haciendo referencia a este artículo.

En 1954 publica ***A Dynamic Therapeutic Program for a Psychiatric Open Ward*** (Beck, 1954) en el que diseña un programa de psiquiatría dinámica para los internados por trastornos psiquiátricos del ejército norteamericano. Dice Beck: “El ala psiquiátrica del hospital militar se distingue por la falta de interés para el tratamiento, baja moral, hostilidad, *acting out* (...) la mayoría de estos pacientes presentan un pobre pronóstico” (Beck, 1954, p. 128<sup>5</sup>, la traducción es nuestra). Beck comenta que en años recientes se ha comprobado que los síntomas de los pacientes pueden ser mejorados proveyéndoles un ambiente científicamente diseñado. Este programa está basado en la psiquiatría dinámica moderna y la psicología social. La psicoterapia psicoanalítica busca apuntalar las defensas débiles y mejorar las relaciones interpersonales. Con estas ideas como base, Beck diseña un modo de internación que reproduce las condiciones de vida presentes en el ejército. Para ello ordena el día a día de los pacientes y busca actividades que puedan hacer en función de sus capacidades.

Detengámonos en uno de los casos que describe Beck: un hombre de 21 años es admitido en el hospital debido a un cuadro de ansiedad masiva, terribles pesadillas nocturnas e impulsos homicidas. En su niñez y en la adolescencia ha sido constantemente menospreciado por su padre. Sus sentimientos de inferioridad se acentuaron aún más al llegar a los Estados Unidos desde Puerto Rico, a la edad de 15 años. Luego de una evaluación respecto de su personalidad fue asignado a la posición de instructor de gimnasia. En un tiempo muy corto experimentó una mejora sintomática al sentirse más integrado dentro de la institución. Fue prácticamente la primera vez en su vida que experimentó una sensación de éxito. Poder desempeñarse correctamente en el trabajo le brindó estatus y sentido de responsabilidad, mejorando su autoestima. Beck propone una intervención a nivel institucional en la que la terapia tiene sentido en función de toda una serie de actividades coordinadas. Podemos ver nuevamente una lectura psicoanalítica de la problemática de los pacientes combinadas con técnicas directivas y conductuales orientadas a la mejora sintomática.

### **Beck y lo Psicósomático**

El último texto que analizaremos es publicado en la revista ***Psychosomatic Medicine*** (Beck & Guthrie, 1956). Junto con Thomas Guthrie escribe ***Psychological significance of visual auras: A study of three cases with brain damage and seizures***, un texto que comparte la visión psicoanalítica de los anteriores. Beck y Guthrie intentan explicar el fenómeno del ataque epiléptico y la visión del aura desde el modelo psicoanalítico. Plantean que mucho se ha escrito sobre las causas del ataque epiléptico pero que se le ha prestado muy poca atención a la visión del aura debido a que no es un fenómeno tan frecuente en los ataques de epilepsia.

Al inicio del texto citan a Freud (1952) y Schilder (1929), en sus explicaciones de las convulsiones epilépticas como representación emocional de una fantasía excesivamente catectizada o como una expresión defensiva frente a la amenaza, tal como lo explicaba Wayne Barker (1948), entre otros autores. Y luego, recorren las hipótesis existentes sobre el fenómeno del aura en la epilepsia. En esta línea, mencionan el caso de Hendrick, quien psicoanalizó a dos pacientes con epilepsia idiopática y destacó que la visión del aura representaba la cristalización puesta en acto de experiencias de la niñez.

En el análisis de Beck y Guthrie toman tres casos de pacientes en los que había evidencia de una enfermedad estructural del cerebro en el área paraoccipital. Utilizan tests psicológicos, hipnosis y la consulta psiquiátrica junto con la asociación libre. En dos de los tres casos, puntualizan los autores, reproducen en estado de hipnosis la visión del aura en forma alucinatoria y se puede expresar la fantasía que se hallaba debajo de la alucinación. De los datos concluyen que la visión del aura es una de las manifestaciones del cerebro encelopático, que expresa emociones del individuo y juega un rol muy importante en la economía psíquica. Beck y Guthrie sugieren que estas visualizaciones se dan de una manera específica que funciona con principios análogos a los del sueño. A partir del trazado de las fantasías y las ideas que evoca la asociación libre respecto del aura pueden interpretar su significado como si se tratara de un sueño.

En la formulación de la trama psicodinámica de este caso es evidente que la lesión sufrida por el paciente, más la muerte de sus camaradas, ha tenido un efecto muy terrible sobre él; reviviendo antiguas creencias como la de que ser agresivo es masculino y peligroso al mismo tiempo, y en muchas ocasiones resulta fatal. Su miedo a ser un hombre se veía ilustrado por la fantasía de que tener un hijo lo llevaría a su prematura muerte tal como le ocurrió a su padre (...) la significación del aura se hace más clara. Ilustra de manera condensada una imagen mental, el dilema del paciente. Si él es un hombre será asesinado, como es dramatizado en el aura (alucinación, visión) la muerte de su camarada de guerra. Si él ocupa un lugar pasivo receptivo respecto de sus deseos, la segunda visión antes del ataque de epilepsia consiste en que será tragado por la figura predatoria de la madre<sup>6</sup>. (Beck & Guthrie, 1953, p.137, la traducción es nuestra).

Nuevamente observamos a un Beck sumamente interesado en los desarrollos psicodinámicos e intentando explicar la epilepsia y la visión que se sucede de manera previa al ataque a partir de este modelo. La disfunción física de un área del cerebro interactúa con mecanismos psicológicos como son la representación plástica en imágenes, la condensación, la simbolización a la vez interactúan con contenidos latentes como la agresión, los deseos pasivos, la hostilidad y los deseos inconscientes. La publicación en esta revista corresponde a un tema importante dentro de la educación recibida como psicoanalista: la interrelación dinámica entre mente y cuerpo en que muchos de sus docentes se habían formado.

## **Discusión**

Como hemos mencionado, el contexto de formación de Beck se vio influenciado por los aportes de diferentes personalidades del campo clínico psicoterapéutico. Tanto Leon Saul, David Rapaport, Franz Alexander y Morton French, como muchos de los profesores de Beck, son parte de esa generación de psicoanalistas que empiezan a intentar acercar su práctica al nuevo criterio de legitimación que es la investigación en psicoterapia. La investigación y la evaluación comienzan a tener un lugar de mayor importancia en la medida en que las políticas estatales tienden a reglamentar este campo mediante subsidios de investigación. La toma de decisión respecto de

qué es científico y lo que no lo es empieza a generar un campo de interacción entre investigadores de distintas áreas que discuten por los subsidios de investigación. El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (como mencionamos al inicio del texto) fue fundamental en la organización de la investigación en psicoterapia. Durante la primera etapa esta organización financió principalmente los estudios con modelos psicoanalíticos (Rosner, 2005). Esta etapa fue muy importante para Beck, ya que en el año 1959 recibió su primer fondo de investigación del Instituto Nacional de Salud Mental (Weishaar, 1993). Con el objetivo de poner a prueba las hipótesis psicoanalíticas, adoptó un esquema adecuado a las necesidades y requerimientos que exigía la fuente de financiamiento. Las necesidades de adaptarse a nuevos criterios llevarán a Beck a despojarse de categorías psicoanalíticas que no podían ser formalizadas científicamente en sus trabajos, hecho que también le ocurrirá a muchos otros investigadores de orientación psicoanalítica. Al momento de ganar el subsidio de investigación, ya hacía tiempo se había instalado la discusión respecto de la cientificidad de la psicoterapia lanzada por Hans Eysenck (1952) en un polémico estudio donde concluye que no había ninguna evidencia empírica que pudiera probar la efectividad de la psicoterapia y que el psicoanálisis era incluso menos efectivo que la ausencia de terapia. El debate epistemológico respecto de los méritos de la investigación aplicada y la investigación básica ya estaba instalado en el campo de la psicoterapia. Beck, al igual que sus maestros, pugnaba por demostrar la cientificidad de las hipótesis psicoanalíticas sustentando en el análisis de casos y los estudios naturalísticos, pero anexando la evidencia cuantitativa. Esto lo hemos visto en los tempranos trabajos en coautoría con psicólogos, quienes proveían metodología y herramientas estadísticas.

El psicoanálisis en el que Beck se ha formado tiene una tendencia al pragmatismo y a la integración de técnicas. Hemos mencionado la integración que hacía León Saul de técnicas conductuales. La terapia cognitiva desarrollada por Beck propondrá ideas muy similares. En consonancia con estos abordajes, hacia la década del 70, irá transformando la terapia cognitiva en un modelo integrado con la terapia conductual, hecho en el que confluyen factores tanto teóricos como de política institucional (Rosner, 1999; Weishaar, 1993). En la década del 70, Beck se acercó a un grupo de jóvenes conductuales que venían intentando incorporar la cognición en sus tratamientos. Como parte de esta estrategia de acercamiento, Beck (1970) publica uno de los textos más conocidos de la Terapia Cognitiva: ***Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy***.

Coincidente con este interés de Beck por los modelos conductuales es el cambio en la política de financiación del Instituto Nacional de Salud Mental. Los nuevos horizontes ubican al 43% de los proyectos financiados en 1971 con sustento teórico en los trabajos de conductistas renombrados como Burrhus Skinner, Hans Eysenck y Joseph Wolpe (Rosner, 2005). Esta integración de la terapia cognitiva con la conductual genera una fuerte polémica al interior de la *Association for the Advancement of Behavioral Therapies*. Algunos de los más importantes autores de la tradición conductual participaron activamente de esta discusión. Wolpe (1976) va postular que las cogniciones deben tomarse como si fueran conductas, no merecen una consideración especial o distinta; Skinner (1977) sostiene, sin embargo, que los pensamientos son solo especulaciones, distanciándose del espíritu científico que propone la terapia de la conducta; Mahoney (Mahoney & Gabriel, 1987) recuerda que varios colegas sugirieron que dejara de investigar en esa dirección (Arnkoff & Glass, 1992) y gran parte de los trabajos de orientación cognitiva fueron excluidos de muchos programas de psicología. En la comisión de la *Association for the Advancement of Behavioral Therapies* debatían si las presentaciones que incluyeran la cognición debían ser presentadas en el programa de la conferencia anual o no. Este hecho llevó a que un grupo de esta asociación fundara otra institución, la *Midwest Association for Behavior Analysis* (Mahoney, 1998). Este acalorado enfrentamiento intelectual produjo que, parte del grupo de terapeutas que incluían a la cognición en sus trabajos (como es el caso de Mahoney, Meichenbaum, Goldfried y el ya no tan joven Beck), discutieran si debían

seguir formando parte o no de la *Association for the Advancement of Behavioral Therapies*. Sin embargo, pese a la incomodidad, decidieron seguir ligados a esta asociación, al considerar que era importante que las terapias cognitivas fueran identificadas con la investigación empírica (Weishaar, 1993).

Esta decisión lo llevará a Beck a participar activamente de la nueva dirección de la investigación en psicoterapia. Habíamos hecho mención a una tercera etapa en el Instituto Nacional de Salud Mental los Estados Unidos, en la década de 1980, que se encuentra dada por el predominio de los estudios randomizados y controlados en psicoterapia. Esta transformación comienza a aparecer a mediados de la década de 1960 en los estudios farmacológicos y, poco a poco, esta modalidad va a considerarse como el nuevo modelo de legitimidad en los estudios biomédicos. En consonancia con esta transformación, entre 1975 y 1979, se comienza a llevar a cabo la revisión de la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1968). La tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1980) expulsa la casi totalidad de la jerga psicoanalítica y enfatiza el modelo biomédico, dejando de lado la búsqueda de una etiología y focalizando en categorías observables como los síntomas (Andreasen, 2007) que permitían investigar bajo la forma randomizada y controlada en vigencia (Wilson, 1993). El instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos empieza a priorizar esta metodología. El cambio de dirección generó grandes controversias entre los psicólogos tanto de la línea psicoanalítica como en los conductuales (Rosner, 2005), así como también en investigadores farmacológicos y científicos sociales que criticaron esta nueva disposición sugiriendo que favorecía a los desarrollos llevados a cabo por los principales laboratorios (Healy, 2002; Lakoff, 2009).

Uno de los principales impulsores de esta transformación fue Gerald Klerman, el creador de la Terapia Interpersonal. En 1980 logró la aprobación de un proyecto de investigación por parte del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos para realizar un estudio controlado y aleatorizado de dos nuevos modelos de psicoterapia para la depresión (terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal), comparándolo con un tratamiento farmacológico (imipramina y manejo clínico) y agregando un grupo control para el tratamiento de la depresión (Elkin, Parloff, Hadley, & Autry, 1985). Los motivos por los que decidió comparar la terapia cognitiva (muy poco conocida en aquella época) con la terapia interpersonal es que en el año 1977 Beck y su equipo publican en la revista ***Cognitive Therapy and Research*** un estudio comparando la terapia cognitiva con el antidepresivo imipramina (Kovacs, Beck, Rush & Hollon, 1977). Para dicho estudio se requería la manualización del tratamiento y un número limitado de sesiones, requerimientos que la terapia cognitiva conductual poseía.

Como podemos ver, al recordar las modificaciones en los criterios de evaluación y asignación de fondos propiciados por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, el modelo de Beck ha ido siguiendo los derroteros de la transformación en la investigación de su área. Hacia fines de los años 80 y en la década del 90 empezarán los cuestionamientos a la Terapia Cognitiva desde la ciencia cognitiva (Teasdale & Barnard, 1993; Segal, Williams & Teasdale, 2002), críticas que provocarán modificaciones en el modelo teórico y terapéutico impulsado por Beck.

El modelo Beck (1991) diseñó se irá transformando una y otra vez adaptándose a los nuevos desarrollos teóricos y a los distintos contextos de tendencias académicas y políticas gubernamentales de investigación. Este modelo propondrá un eclecticismo técnico que consiste en seleccionar las técnicas de origen diverso en función del "cliente" pero siempre según la conceptualización realizada desde una orientación teórica cognitiva. Los distintos procedimientos aumentan las posibilidades de ofrecer un tratamiento en función de la especificidad del caso y, por ende, consolidan un modo más integrador de terapia. Esto es posible debido a la amplitud de los con-

ceptos cognitivos como son los esquemas y las creencias (Korman, 2010). Rosner (2012) sugerirá que la categoría de esquema en la terapia cognitiva funciona como una caja negra, no tiene definiciones teóricas precisas, es una explicación clínica y no teórica al punto de sugerir que Beck siguió pensando con categorías psicoanalíticas mucho después de su supuesta ruptura con el psicoanálisis.

Podríamos plantear, entonces, que más que una ruptura con el modelo psicoanalítico el **caso Beck** implica una continuidad mediada por los cambios en la investigación en psicoterapia, tal como le escribe el mismo Beck, en una carta de 1981, al reconocido teórico John Bowlby:

Podría ser un punto de curiosidad para ti saber que mi entrenamiento psiquiátrico fue completo y exclusivamente psicoanalítico... Consideraría mi trabajo teórico como una derivación de la psicología del yo más que de la psicología cognitiva o la teoría del aprendizaje.

En el presente, de hecho, estoy tratando de reformular muchos de los conceptos básicos del psicoanálisis en términos cognitivos<sup>7</sup>. (Beck, citado por Rosner, 2012, p.2; la traducción es nuestra).

Esta afirmación podría ser compartida también por Antonio Semerari (2002) quien hace hincapié en las diferencias entre la teoría clínica y la metapsicología freudiana para explicar el surgimiento de la terapia cognitiva. Las dificultades tanto de investigar como de poner a prueba conceptos metapsicológicos llevaron a buscar respuestas tanto dentro (como es el trabajo de Emanuel Peterfreund [1983]) como fuera del psicoanálisis; en este último espacio se ubicaría la producción de Beck.

## Conclusiones

Beck ha aprendido en su formación psicoanalítica la capacidad de ser flexible. En el texto de 1952, el primero que analizamos, se describe la aplicación de un modelo breve a una patología compleja. Podemos ver las ideas psicoanalíticas funcionando en un tratamiento breve y con una orientación pragmática.

En su segundo artículo vuelven a aparecer los conceptos psicoanalíticos aplicados a situaciones concretas en el caso de soldados que han matado accidentalmente a sus compañeros. Vemos también la utilización de técnicas de evaluación psicológica y el interés de recolectar datos **objetivos** para enriquecer las reflexiones psicoanalíticas.

El tercer artículo que describimos muestra la utilización del psicoanálisis para diseñar un tratamiento para pacientes internados. En este texto también podemos observar la idea de funcionalidad y la utilización de distintas herramientas para obtener resultados. Los objetivos del tratamiento consisten en mejorar las relaciones interpersonales, apuntalar las débiles defensas yoicas y promover conductas más realistas a partir de las entrevistas con los pacientes y del refuerzo que provee el orden de las actividades propuestas.

En el último artículo intentan pensar una lesión en el cerebro y el modo en que se produce la interacción entre mente y cuerpo. La visión del aura es producto de esta lesión junto con las fantasías y las emociones. Esta visión funciona como un principio análogo al del sueño y puede ser interpretado como tal.

En los textos aquí comentados ningún tratamiento es descrito de la manera que sugeriría un psicoanálisis ortodoxo. Hay una orientación al pragmatismo, a la reso-

lución a corto plazo, buscando la reducción sintomática. La impronta del joven Beck exhibe la formación que ha recibido.

De esta manera, vemos que el enfoque desarrollado por Beck continúa con una tendencia a la integración y al pragmatismo que ya habían comenzado sus mentores y maestros. Este derrotero académico y clínico que acabamos de mostrar da cuenta de manera explícita de estas influencias, que habrán de afectar al curso de la psicoterapia, incluso hasta nuestros días.

Tal vez sea pertinente preguntarnos cuánto de esta orientación hacia la investigación clínica y una visión pragmática de la práctica psicoterapéutica estaba ya presente en las ideas de formación de Beck. ¿Se trata de un eslabón más en la transformación que sufrió el campo de la psicoterapia y más precisamente el psicoanálisis norteamericano? El contexto de formación de Beck presenta la aparición de nuevos criterios de legitimación: la investigación como herramienta clave en el campo de la psicoterapia y el Estado generando políticas a partir de subsidios que avalaban esa dirección. En los primeros años de trabajo de Beck podemos ver el desafío de una generación que intentó conciliar el psicoanálisis con las nuevas metodologías. Su respuesta, a partir de los diversos desarrollos e investigaciones que realizó desde sus inicios hasta la década del setenta, fue proponer la terapia cognitiva como método. En última instancia la condición de posibilidad de esta propuesta, consideramos, está dada por ese contexto que mencionamos y el eclecticismo técnico en que se formó profesionalmente su generación. Por todo lo que hemos comentado, podemos afirmar que la terapia cognitiva podría entenderse no como una propuesta antagónica sino como una variante en continuidad con el psicoanálisis.

## **Referencias**

Alexander, F. & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2a ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a ed.). Washington, DC: Author.

Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 108-112.

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of Psychotherapy: A Century of Change* (pp. 657-694). Washington, DC.: American Psychological Association.

Barker, VV. (1948). Studies in epilepsy: The petit mal attack as a response within the central nervous system to distress in organism-environment integration. *Psychosom. Med.* 10, 73-79.

Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2011). Catálogo en Línea. From <http://www.youtube.com/watch?v=POYXzA-gS4U>. Retrieved, April, 24, 2013.

Beck, A. T. (1948). Profound prerenal azotemia resulting from pyloric stenosis. *Rhode Island edical Journal*, 31, 372-377.

Korman, G. P.

Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.

Beck, A. T. (1954). A dynamic therapeutic program for a psychiatric open ward. *The Military Surgeon*, 115, 128-132.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy: A reply to Alford & Norcross [Commentary]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 191-198.

Beck, A.T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12, 1139-1141.

Beck, A. T. & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatments* (2nd ed). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., & Guthrie, T. (1956). Psychological significance of visual auras: A study of three cases with brain damage and seizures. *Psychosomatic Medicine*, 18, 133-142.

Beck, A. T., & Valin, S. (1953). Psychotic depressive reactions in soldiers who accidentally killed their buddies. *American Journal of Psychiatry*, 110, 347-353.

Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Archives of general psychiatry*.

Eysenck H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation, *Journal of Consulting Psychology*. 16, 319-324.

Freud, S. (1952). *Collected Papers*. "Dostoevski and Parricide Vol. V. London: Hogarth.

Hale, N. (1995). *The Rise and Crisis of Psychoanalysis in the United States, 1917-1985*. New York: Oxford University Press.

Healy, D. (Ed.). (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.

Ingram, R. E., & Siegle, G. J. (2010). Cognitive Science and the Conceptual Foundations of Cognitive-Behavioral Therapy: Viva la Evolution! In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* (pp. 94-132). New York: The Guilford Press.

Korman, G. P. (2010). ¿Por qué la Terapia Cognitiva es tan diversa? Eclecticismo técnico e integración en Terapia Cognitiva. *Investigaciones en Psicología* 15 (1), 65-80.

Kovacs, M., Beck, A. T., Rush, A. J., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*.

Kriz, J. (2002). *Corrientes fundamentales en psicoterapia* (1 ed.). Buenos Aires Amorrortu.

Lakoff, A. (Ed.). (2009). *Pharmaceutical Reason*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mahoney, M. J. (1998). La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivismo en Psicoterapia* (pp. 59-88). Barcelona: Paidós.

Mahoney, M. J., & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. In S. L. Bergin & A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 689-722). New York: John Wiley & Sons.

Mahoney, M. J., & Gabriel, T. J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1(1), 39-59.

Peterfreund, E. (1983). *The process of psychoanalytic therapy*. New York: The Analytic Press.

Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. En Clark, D.; Fairburn, C. (ed.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, pp, 3.26. Oxford: Oxford University Press.

Rapaport, D. (1951). *Organization and pathology of thought: Selected sources*. New York: Columbia University Press.

Rosner, R. (1999). *Between Science and Psychoanalysis: Aaron T. Beck and the emergence of Cognitive Therapy*. North York, Ontario: York University.

Rosner, R. (2005). Psychotherapy Research and the National Institute of Mental Health, 1948-1980. In W. E. Pickren & F. S. Schneider (Eds.), *Psychology and the National Institute of Mental Health* (pp. 113-150). Washington DC: American Psychological Association.

Rosner, R. (2012). Aaron T. Beck's Drawings and the Psychoanalytic origin story of Cognitive Therapy. *History of Psychology* 15(1), 1-18.

Saul, L. (1947). *Emotional Maturity: The development and Dynamic of Personality*. Philadelphia: Lippicott, J. B. C.

Segal, Z. D., Williams, J. M. & Teasdale J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York (NY): Guilford Press.

Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Skinner, B. F. (1977). Why I am not a Cognitive Psychologist. *Behaviorism*(5), 1-10.

Schilder, P. (1929). *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*. New York: Nerv. & Ment. Dis.Pub. Co.

Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Re-modelling Depressive Thought*. Hove, UK: Hove Lawrence Erlbaum Associates.

Weishaar, M. E. (1993). *Aaron T. Beck*. London: Sage.

Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *The American journal of psychiatry*, 150(3), 399-410.

Wolpe, J. (1976). Behavior therapy and its malcontents—II. Multimodal eclecticism, cognitive exclusivism and "exposure" empiricism *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7(2), 109-116.

Submetido em: 07/08/2013

Revisto em: 30/11/2013

Aceito em: 03/12/2013

**Endereço para correspondência:**

Guido Pablo Korman

guidokorman@conicet.gov.ar

I. Investigador Asistente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

1. "I remember the times I would be doing group therapy with a group of psychotic patients, and I really had no idea of what to do with them (...) I had several friends there who really were very involved, very passionate about psychiatry, so I went by them and said 'Well, I might spend another six months'. So instead of going back to neurology, I spent another six months. And at the end of that time I decided 'well, maybe I'll go back to neurology, I just don't took psychiatry'. And one of my friends, my good friend, said 'you know, the reason you can't really understand what's been going on, is because you haven't been analyzed', and I said 'what that has to do with it?'. Well, you have this kind of personality problems, and when you're with this psychiatric patients, they stare up all kinds of unconscious conflicts, and that's why psychiatry is so oppressive to you, because you get all the defenses, and the defenses prevent you for really understanding of what's going on."

2. "The formulation was confirmed by the patient, almost immediately the emotional response of the interpretation in which he was identified with his father, and assumed his guilt. This insight made possible to lower his defense and, for the first time, express resentment directly to his father."

3. "Investigation of the present series of cases points likewise to the important role played by repressed hostility towards the buddy. Although it was not possible to quantify this hostility, there were a number of indications of its presence-in the patients' verbalizations, dreams, and parapraxes, and in the projective tests. (...) It is apparent that there is no single, simple explanation for the presence of the hostility. However, it is possible to formulate several developmental and situational conditions that contributed to its formation."

4. "These overwhelming superego pressures imposed a massive strain on the psychological structure."

5. "The psychiatrist in the military hospital is challenged in frustrating quantities by such obstacles as inadequate or absent motivation for treatment, rigid clinging to symptoms, low morale, hostile acting out (...) he arrives with the badge poor prognosis."

6. "In the formulation of the psychodynamics of this case, it becomes evident that the patient's injury, plus the death of his buddies, had an overwhelming effect on him and revived his earlier attitude that being aggressive and masculine is dangerous and even fatal. His fear of being a man was illustrated by his fantasy that having a son would lead to his premature death just as it did for his father. (...) the significance of the two auras becomes clearer. They illustrate, in a condensed mental image, the major dilemma in the patient's life. If he is a man, he will get killed, as dramatized in the aura of the buddy's death. If he gives in to his passive-receptive wishes, which are symbolized in the aura of the pills, he will be swallowed up by the predatory mother figure."

7. "It might be a point of curiosity therefore for you to know that my psychiatric training was completely and exclusively psychoanalytic... I would consider my theoretical work as derivative from ego psychology rather than from cognitive psychology or learning theory. At the present time in fact I am trying to reformulate many of the basic psychoanalytic concepts into cognitive terms."