

Evaluación de las fortalezas y limitaciones de la evidencia clínica en un material clínico psicoanalítico¹

Ricardo Bernardi y Luisa Pérez Suquilvide

RESUMEN

En el ámbito clínico, las hipótesis psicoanalíticas deben fundamentarse en la observación clínica. El artículo discute los criterios para la evaluación de las fortalezas y limitaciones de un determinado material clínico para apoyar estas hipótesis. Se examinan dos fuentes de evidencia clínica. En primer lugar, el momento a momento en la sesión, y las nuevas comprensiones proporcionadas por la interacción paciente-analista. En segundo lugar, las transformaciones a largo plazo del paciente que pueden relacionarse con el proceso analítico a través de hipótesis sobre los mecanismos de cambio. El 3-LM proporciona un modelo para este análisis. Esta evaluación debe complementarse con un examen cuidadoso de las posibles limitaciones, sesgos y omisiones. Los trabajos clínicos deben incluir una sección de "Discusión" que explique los puntos fuertes y las limitaciones para garantizar la trazabilidad y la reproducibilidad conceptual de sus conclusiones. Proponemos un marco tentativo para evaluar el peso de la evidencia (bajo, moderado o alto) combinando las dimensiones clave de los materiales clínicos.

Introducción

Este trabajo pretende reflexionar sobre los criterios utilizados para evaluar el grado de certeza o el peso de las pruebas que ofrece un material clínico para apoyar determinadas hipótesis teóricas o técnicas relacionadas con el caso. Cuando un analista se enfrenta a un caso clínico, ya sea propio o ajeno, debe responder a multitud de preguntas, tanto teóricas como técnicas. Por lo tanto, debe decidir en qué aspectos del material puede basarse para responderlas. El material puede proporcionar apoyo a más de una hipótesis, y entonces hay que decidir cuál es la más fundamentada, es decir, evaluar la naturaleza y el grado de evidencia que ofrece el material. Por "evidencia" no entendemos una prueba absoluta o una verdad incuestionable. Nos referimos a las razones clínicas que nos llevan a considerar que una inferencia sobre un paciente es mejor que otra inferencia (véase Boesky, 2002). Esta evaluación implica examinar no sólo los puntos fuertes de las pruebas o hallazgos que surgen de las observaciones clínicas, sino también las omisiones o sesgos que limitan su valor.

El psicoanálisis, como método de investigación, terapia y teoría, se basa en gran medida en la observación clínica. Como señaló Freud, las hipótesis teóricas especulativas "no son el fundamento de la ciencia, sobre el que todo descansa: ese fundamento es la observación [*Beobachtung*] solamente. No son la base sino la cima de toda la estructura, y pueden ser reemplazadas y descartadas sin dañarla" (Freud, SE. 1914, p. 77). Esto no significa prescindir de

¹ Publicado en **Change Through Time in Psychoanalysis. Transformations and Interventions, The Three Level Model**. Fitzpatrick Hanly M. A.; Altmann de Litvan M.; Bernardi R.

las concepciones teóricas, porque nos ayudan a poner orden y claridad a la materia prima de las observaciones (Freud, 1933). Sin embargo, las concepciones teóricas se convierten muy fácilmente en modelos paradigmáticos que, si bien ayudan a percibir y pensar el material clínico a partir de ciertas premisas, dificultan o impiden verlo a la luz de otros enfoques (Bernardi, 1989). Por esta razón, aunque el pluralismo actual permitió el surgimiento de diversos enfoques teóricos y técnicos, no logró promover verdaderas controversias científicas.

El psicoanálisis es esencialmente una disciplina clínica de naturaleza compleja y abarca tanto enfoques científicos como hermenéuticos (Bernardi, 2015). En el ámbito clínico, debe abordar las cuestiones que plantea la formulación de un caso clínico, es decir, cuáles son los problemas del paciente, a qué se deben, cuál es su tratamiento y los beneficios obtenidos (Bernardi, 2016; Rodríguez Quiroga de Pereira, Borensztein, Corbella & Marengo, 2018). Por lo tanto, se refieren esencialmente al proceso terapéutico y a sus resultados.

Existe un acuerdo sobre la necesidad de realizar el mapeo de las pruebas. Sin embargo, el énfasis en cuáles son los aspectos centrales de las pruebas varía, como se muestra en la controversia sobre *"¿Qué nos dice la presentación del material del caso sobre lo que ocurrió en un análisis y cómo lo hace?"* (Boesky, 2013; Da Rocha Barros, 2013; Chabert, 2013; Blass, 2013). Boesky se centra en las interpretaciones y en explicar cuál es su argumentación, su lógica. La evidencia entendida como la información que el analista puede aducir para justificar que su hipótesis da mejor cuenta de la situación clínica que una hipótesis alternativa, surge de la contextualización de las asociaciones del paciente en el desarrollo de sus hipótesis centrales. Esto pone de manifiesto ciertos aspectos, como la aplicación por parte del patólogo de un tinte determinado, determina las estructuras que pueden hacerse visibles (Blass, p1131). Validar una interpretación basándose únicamente en las reacciones del paciente inmediatamente después de su formulación, sin tener en cuenta el contexto, sería, para este autor, basarse en una hipótesis falaz. Dado que algunas hipótesis explican mejor que otras los datos disponibles, uno de los problemas más serios a los que nos enfrentamos es el de resolver y refinar los argumentos para estar de acuerdo o no en la forma de hacer tales comparaciones. Por otro lado, Da Rocha Barros destaca el contexto emocional, la transmisión de la experiencia viva del encuentro analítico y la necesidad de una poética que pueda dar cuenta a través de la expresión metafórica. Sin embargo, propone que la repetición de patrones específicos de funcionamiento mental sería una forma inicial útil para el mapeo de la evidencia. Chabert considera que lo importante en un material clínico radica en ampliar el pensamiento asociativo, revitalizando un diálogo que nos pondría en contacto con el diálogo que se ha mantenido en el análisis, un proceso que está intrínsecamente ligado a los modelos teóricos desde los que se piensa. El 3-LM (véase más adelante) muestra que algunos aspectos de estas tres posiciones pueden utilizarse como perspectivas complementarias en un análisis secuencial del material clínico.

Práctica basada en la evidencia

La búsqueda de criterios de evidencia es diferente en el caso del material clínico psicoanalítico que en la investigación extraclínica. Una investigación empírica sistemática del proceso y los resultados de los tratamientos psicoanalíticos o psicoterapéuticos se enfrenta a problemas similares a los de la medicina basada en la evidencia (MBE). Esta orientación actual de las prácticas sanitarias busca la integración de la evidencia de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente (Sackett, Straus, Richardson y Rosenberg, 1997). La Asociación Americana de Psicología (2006) reafirma estos criterios en el

campo de la psicoterapia y enfatiza que la evidencia puede provenir de muchas áreas diferentes de métodos cuantitativos y cualitativos. La "evidencia basada en la práctica" (PBE) complementa la E-BM. La PBE tiene como objetivo reunir evidencia científica de los entornos de práctica rutinaria de los clínicos (Barkham & Mellor-Clark, 2003).

Una piedra angular de la MBE es un sistema jerárquico de clasificación de la evidencia según el nivel o peso de la evidencia disponible. Por lo tanto, la recomendación de un tratamiento puede oscilar entre una evidencia alta, moderada, baja o muy baja (o categorías similares en otras clasificaciones). Cuando la fuerza de una recomendación es débil, es especialmente importante un proceso compartido de toma de decisiones.

Aunque la evaluación de los niveles de evidencia se realizó con el máximo rigor metodológico, se encontraron muchos estudios contradictorios o no replicables. Esto hizo que se extremara el cuidado para exponer los sesgos y las omisiones, intencionadas o no, que pudieran pasar desapercibidas. En nuestro ámbito, Shedler (2015), Leichsenring et al. (2015), y otros autores mostraron sesgos que podrían llevar a favorecer ciertas psicoterapias sobre otras. Esto también llevó a destacar la importancia de la sección de "Discusión" en los trabajos científicos y la necesidad de exponer cuidadosamente no sólo la contribución de la investigación realizada sino también todos los factores que pueden limitar su alcance (Avidan, 2019; Ioannidis, 2007).

El grado de evidencia clínica psicoanalítica

El camino recorrido por la EBM sugiere algunos temas de reflexión para la investigación clínica psicoanalítica. En primer lugar, la utilidad de explicitar nuestros criterios de evidencia al examinar el material clínico. Freud creía que no todos los casos clínicos permitían el mismo avance del conocimiento:

“Sólo se puede obtener algo nuevo de los análisis que presentan dificultades especiales, y a la superación de éstas hay que dedicar mucho tiempo. Sólo en tales casos logramos descender a los estratos más profundos y primitivos del desarrollo mental y obtener de ellos soluciones para los problemas de las formaciones posteriores” (1918, SE. p.10).

Queremos insistir en esta idea: es necesario evaluar hasta qué punto el análisis ha logrado sacar a la luz los problemas centrales del paciente.

Freud también creía que existía un vínculo inseparable ('Juntkim') entre la investigación y la curación. Sin embargo, la relación entre el aumento del conocimiento y el beneficio terapéutico es compleja. Un tratamiento puede ser eficaz debido a otros factores distintos de los invocados por el psicoanalista (por ejemplo, "factores comunes", presentes en diferentes enfoques psicoterapéuticos). Existen "terceras variables", como los factores de confusión o los moderadores, que influyen tanto en la supuesta causa como en los efectos. En la investigación clínica, tenemos que examinar cuidadosamente la forma de relacionar los cambios en el proceso analítico con los cambios en el mundo interno y en la vida de los pacientes.

Es difícil comparar hipótesis opuestas en casos individuales. No podemos tratar al mismo paciente de dos maneras diferentes. Sin embargo, podemos avanzar haciendo que nuestro razonamiento clínico y los supuestos mecanismos de cambio sean rastreables. De este modo, también exponemos los puntos fuertes y los defectos de nuestras hipótesis y las "probamos" mediante experimentos mentales y el pensamiento contrafáctico. Los experimentos mentales son una herramienta conceptual que, aunque se utiliza habitualmente, no se ha empleado de

forma suficientemente metódica. Los experimentos de pensamiento designan, en ciencia y filosofía, los escenarios imaginarios utilizados para investigar, conceptualmente, fenómenos inaccesibles. Este tipo de experimentos no proporcionan resultados fácticos, pero permiten comprender mejor el alcance y la consistencia de nuestros modelos. Siempre han sido utilizados por la filosofía y ciencias como la física, la historia o la economía, y el interés por ellos ha aumentado recientemente en la filosofía de la ciencia (Brown y Fehige, 2019). Sin embargo, de forma rudimentaria están presentes, por ejemplo, cuando tratamos de predecir el efecto, una interpretación cuyo tiempo dudamos que tenga. En ese sentido, muestran los modelos operativos que guían nuestras acciones. Volveremos sobre este punto más adelante, ya que consideramos que su explicitación ayuda a dar replicabilidad y trazabilidad a nuestro razonamiento clínico.

La investigación empírica y la MBE, como dice Tuckett, obligan a los clínicos a tratar de describir con mayor rigor y precisión lo que ven, y a extraer con exactitud tanto el punto de vista de la observación como los procesos inferenciales que siguen (Tuckett, 1995, 1998). Nos ayuda a ver más. *"El psicoanálisis basado en la evidencia, visto de esta manera, es una oportunidad así como un imperativo"* (Tuckett, 2001, p. 214).

Nos centraremos en los criterios de evaluación de la evidencia clínica. Estos problemas son diferentes si consideramos un estudio transversal -es decir, una sesión o unas pocas sesiones- o un estudio longitudinal de un tratamiento y los cambios en una perspectiva a largo plazo. En primer lugar, hablaremos de las pruebas en ambas situaciones, y después nos referiremos al problema de los sesgos y las omisiones que limitan las pruebas aportadas por un material. Por último, propondremos, a modo de esquema, un cuadro resumen que pretende jerarquizar los principales criterios expuestos en el trabajo.

La evidencia clínica en la sesión

A la hora de pensar de qué evidencias se dispone para evaluar el grado de certeza que aporta un material clínico, las interpretaciones y sus efectos se presentan como los elementos observables que pueden acercarnos al sujeto. En este sentido, hay dos aspectos estrechamente relacionados: el proceso inferencial que lleva al analista a formular una interpretación y la forma en que el paciente responde a dicha formulación, es decir, cómo se valida o no una interpretación. Paul, citado por Ramzy & Shevrin (1976), señala la necesidad de hacer una distinción entre la evaluación del psicoanalista de una situación y su interpretación. La evaluación silenciosa y no comunicada del analista sobre la situación constituye una hipótesis, mientras que la interpretación se refiere a la comunicación al paciente de toda o parte de esta hipótesis. Sand (1983) plantea la necesidad de discriminar entre la formación de hipótesis (cómo se obtiene una idea) y lo que corresponde a su confirmación (cómo se demuestra que esa idea es correcta), para evitar la confusión de categorías.

Isaacs (1939) planteó una cuestión controvertida cuando señaló la necesidad de discutir las pruebas y verificaciones a las que los analistas someten la visión que sostienen en sus intervenciones. En ese momento, destacó la importancia práctica, tanto para los analistas como para los no analistas, de establecer criterios para comprobar la validez de las interpretaciones cuando se piensa en el progreso o no progreso de los pacientes. Sin embargo, la discusión se ha centrado sobre todo en qué, cómo y cuándo interpretar más que en la validación de la interpretación (Schmidl, 1956). Ramzy y Shevrin (1976) plantean con sorpresa la cuestión de la

escasez de publicaciones sobre este tema (menos de veinte) en un período de cincuenta años. La fuerza, firmeza o veracidad de las interpretaciones constituye un punto central en el trabajo clínico psicoanalítico. Sin embargo, la cuestión de su confirmación (o no) no se ha reflejado en una discusión profunda desde el punto de vista teórico (Sand, 1983).

Buscando la verdad en el psicoanálisis clínico, Hanly (2009) afirma que los tres criterios de la verdad de la filosofía, la coherencia, la correspondencia y el pragmatismo, no están en desacuerdo entre sí, sino que trabajan juntos en el psicoanálisis. En la sesión, el criterio de coherencia acercará a la memoria del analista las situaciones clínicas previas del paciente a partir de la similitud, consistencia y afecto que las une, y guiará nuestras primeras ideas en la elección de la interpretación. El criterio de correspondencia (la hipótesis que formulamos en relación con lo que está ocurriendo en ese momento en la mente del paciente y entre analista y paciente) guiará la elección de la interpretación. Estos criterios, junto con el criterio pragmático (si la interpretación es clínicamente útil), ayudarán a decidir sobre la adecuación de la interpretación en función de los cambios en las asociaciones, afectos y transferencia del paciente.

Según Isaacs (1939), una interpretación puede ser correcta o incorrecta. Puede ser incorrecta de dos maneras: por ser falsa (no tiene relación con lo que hay en la mente del paciente) o por ser incompleta (algunos aspectos no son tenidos en cuenta por el analista o se pondera demasiado un aspecto en detrimento de otro). Si las interpretaciones no tienen relación con lo que hay en la mente del paciente, lo dejan frío o indiferente y se desechan sin ningún movimiento de afecto. Sin embargo, las interpretaciones incompletas o las que ponen el énfasis en un aspecto del material más que en otro, "falsamente enfatizado", pueden provocar respuestas intensas del paciente. Glover (1931) advierte del efecto sugestivo de la interpretación inexacta en el contexto de una fuerte autoridad.

Según Isaacs, los puntos principales para confirmar las interpretaciones correctas son:

- a) El paciente elabora conscientemente imágenes y significados que estaban implícitos en sus asociaciones o conductas.
- b) Aportan otras asociaciones específicamente vinculadas a la interpretación, ampliando la actitud inconsciente o la fantasía interpretada.
- c) Las asociaciones cambian, o el paciente cambia de actitud, rechazando activamente la hipótesis del analista al destacar la defensa.
- d) En las sesiones siguientes, el paciente puede traer sueños que continúan, elaboran y aclaran la fantasía o el aspecto inconsciente que fue interpretado.
- e) Se recuperan recuerdos de experiencias reales del pasado.
- f) Surge nuevo material que evoca un cambio a nivel de la fantasía inconsciente.
- g) Se produce una reducción o transformación de ansiedades específicas (por ejemplo, paranoides).

En nuestra opinión, estos criterios constituyen un hito. Las nuevas aportaciones, en lugar de cuestionar estos criterios, pretenden ampliar la perspectiva

Para determinar la validez de una interpretación, Schmidl (1956) propone observar si existe una analogía ("identidad de relación" o al menos "similitud de relación") entre la proposición a interpretar y la interpretación dada. Cada una tiene una gestalt específica, y ambas gestalts

encajan tan estrechamente que no puede haber dudas sobre su pertenencia conjunta. Es necesario entonces preguntarse si la gestalt de la proposición a interpretar (por ejemplo, un sueño o un síntoma) y la gestalt del material utilizado para la interpretación están suficientemente determinadas por elementos concretos y su interconexión para justificar su significado. En segundo lugar, debemos preguntarnos si las gestalts encajan la una en la otra, por ejemplo, para acercarnos a la teoría implícita en la mente del analista como más cercano al paciente real.

Para que una interpretación pueda ser puesta a prueba por el paciente en cuanto a su contenido de verdad o falsedad, debe estar formulada de forma precisa, clara y sin ambigüedades y no incluir más de una hipótesis (Etchegoyen, 1986, 2001). Las interpretaciones largas y complejas, además de ofrecer más de lo que el paciente puede pensar, son difíciles de comprobar. Ofrecerlas por partes favorece la espera de la respuesta en cada paso y el ajuste del curso en consecuencia. Etchegoyen advierte del riesgo de arbitrariedad y capricho de nuestras teorías e incluso de nuestros conflictos si no se tiene en cuenta la respuesta del paciente a la interpretación, no sólo en su valor informativo y heurístico sino también en su evaluación. Las asociaciones verbales, paraverbales y no verbales y la insistencia de ciertos significantes del paciente permiten al analista poner a prueba sus hipótesis dentro de la sesión. La repetición en la transferencia le permite hacerlo a lo largo del proceso. La validez del proceso se alcanza en el punto de convergencia donde los hallazgos de la sesión se prolongan en los cambios lentos y persistentes que aparecen en ella, aspecto que el 3-LM ha podido mostrar.

Desde una perspectiva intersubjetiva y de campo, M. y W. Baranger (2002) señalan, como indicadores de proceso y no de proceso, la convergencia de la variabilidad de los lenguajes del paciente y del analista, el enriquecimiento del relato del paciente, y el intercambio afectivo y la alternancia con momentos de bloqueo.

Desde una concepción diádica e interactiva, Jiménez (2009) sugiere que en la mente del analista hay un proceso continuo de toma de decisiones influenciado por las reacciones y acciones del paciente y el uso "implícito" de teorías explícitas como mini modelos de trabajo. La tarea del analista no sería explicativa sino predictiva, es decir, evaluar cómo reacciona el paciente si interviene de una u otra manera. Durante la sesión, la mente del analista se mueve entre razones teóricas y prácticas. Las razones teóricas le permiten comprender y explicar la interacción a partir de los conocimientos adquiridos -el uso implícito de las teorías explícitas-. Las razones prácticas buscan responder, entre una serie de alternativas, cuál sería la mejor en términos de utilidad clínica. La singularidad del encuentro en el aquí y ahora de la sesión marca la decisión de intervenir. Constituye un momento "ideográfico, creativo e infable" (p. 236) en el que el analista asume un riesgo que podría no ser explicado completamente por la teoría. La validación o refutación de las intervenciones del analista tiene lugar en el curso de esta interacción en la que analista y paciente interpretan y negocian continuamente, acordando o limitando sus diferencias en lo que observan y lo que consideran "hechos clínicos" y su significación.

Entonces, la construcción de una interpretación constituye un proceso complejo de evaluación silenciosa e incomunicada, en el que intervienen diferentes aspectos. Por un lado, interviene la percepción inconsciente y preconscious de los estados mentales del paciente a través de sus asociaciones libres, la transferencia y contratransferencia, el cambio de afectos y las expresiones paraverbales y no verbales. Por otro, los conocimientos teóricos, las teorías explícitas que se utilizan implícitamente como modelos mini-operativos en el momento de la sesión. No constituye un proceso aislado en la mente del analista, sino que ocurre en un contexto interactivo, intersubjetivo y dentro de un campo dinámico (Baranger, 1961). De este modo, el

analista elabora una hipótesis en correspondencia con lo que está ocurriendo en la mente del paciente y la formula para que éste pueda evaluarla en su grado de verdad o falsedad.

Resumiendo, los criterios formulados anteriormente por Isaacs siguen siendo precisos como prueba para validar la interpretación. Hay que complementarlo con una perspectiva interaccional y de campo centrada en las evidencias necesarias para tomar decisiones sobre qué interpretar desde una perspectiva clínica pragmática.

Evidencia clínica de los cambios durante largos períodos de análisis:

El 3-LM

La eficacia de la terapia psicodinámica en muchos trastornos mentales se ha confirmado utilizando la metodología de la MBE (ensayos de control aleatorios, meta-análisis) (Leichsenring et al., 2015). La investigación sistemática de un solo caso (Kächele, Schachter y Thomä, 2008) utiliza una estrategia de observación de varios niveles utilizando material grabado. Combina la observación clínica tradicional con la aplicación de diversos instrumentos de evaluación aplicados por investigadores independientes, con el objetivo de realizar una descripción sistemática de los diversos aspectos y dimensiones del proceso psicoanalítico. De este modo, combina la comprensión clínica tradicional y las exigencias de una mayor objetivación.

El Modelo de Tres Niveles (3-LM) para observar las transformaciones del paciente (Bernardi, 2014; Altmann, 2014) utiliza únicamente la perspectiva clínica. No presentaremos aquí este modelo, pero señalaremos algunos aspectos relacionados con el tema de la evidencia. El 3-LM constituye una guía o heurística para afinar y sistematizar la observación de las transformaciones del paciente desde la perspectiva de múltiples analistas con diferentes enfoques teóricos. Por lo tanto, busca, en tres pasos o niveles sucesivos, encontrar en el material clínico la evidencia que permita identificar, conceptualizar y formular hipótesis explicativas sobre los cambios del paciente.

La base empírica en la que se apoya el 3-LM está dada por la resonancia de un material clínico transcrito o grabado en un grupo de analistas que lo escuchan, haciendo uso del "tercer oído psicoanalítico". Esto significa utilizar plenamente la comprensión empática subjetiva e intersubjetiva. Se trata, por tanto, de una "observación de la observación", en la que los participantes echan una "segunda mirada" al paciente, al analista y a sus propias reacciones en el grupo y en una actitud de observador-participante. En este sentido, intenta describir, de forma objetiva, fenómenos que son esencialmente subjetivos e intersubjetivos. Se mueve "de abajo hacia arriba", es decir, desde la experiencia tal y como la percibe el analista desde una perspectiva fenomenológica analítica, hacia conceptualizaciones e hipótesis explicativas de mayor nivel de abstracción. La resonancia grupal compartida del material clínico es la primera fuente de evidencia.

En el segundo nivel, la evidencia surge del análisis crítico descriptivo del material clínico, teniendo en cuenta sus resonancias grupales en el nivel anterior. Se requiere que el grupo adopte una actitud descriptiva-analítica para conceptualizar las dimensiones en las que se produjeron las transformaciones del paciente. Las preguntas planteadas por el 3-LM se basan en las dimensiones diagnósticas de las transformaciones de los pacientes, que han sido operacionalizadas por manuales como el OPD-2 y el PDM-2. Estas dimensiones se encuentran con varios problemas. Por un lado, la operacionalización es controvertida dentro del

psicoanálisis, lo que dificulta el uso de criterios diagnósticos compartidos. Por otro lado, los datos necesarios para la evaluación de las dimensiones del 3-LM no siempre están disponibles en el material clínico. Es importante ser consciente también de otras posibles limitaciones. Las entrevistas psicoanalíticas iniciales suelen ser de tipo exclusivamente asociativo y no incluyen aspectos exploratorios, lo que no permite investigar adecuadamente los aspectos que el paciente escinde u omite. El limitado número de sesiones examinadas favorece el sesgo de selección. El analista no siempre selecciona las sesiones según los criterios de la investigación cualitativa, mostrando tanto evidencias a favor de la existencia de cambios como de la ausencia de los mismos. La mayor restricción aparece cuando el material no cumple con los criterios de evidencia clínica de Isaacs y la información contextual es insuficiente.

El material clínico es convincente cuando los puntos de anclaje subrayados por el grupo de discusión convergen con los focos de las intervenciones del analista, con los cambios estructurales de los pacientes y con su asimilación y comprensión de sus experiencias problemáticas (véase el capítulo 4, la discusión del caso de John). El material clínico es menos convincente si los supuestos del analista no son confirmados por los episodios relacionales dentro y fuera del análisis, que muestran los cambios en la visión de los pacientes de su propio yo y de los otros tanto en el nivel real como en el de la fantasía. La importancia del funcionamiento a nivel del yo y con los demás, destacada en los manuales psicodinámicos actuales, también ha sido jerarquizada por la Organización Mundial de la Salud para definir los trastornos de personalidad en su nueva clasificación de enfermedades (CIE-11) (Organización Mundial de la Salud, 2018) y por el DSM-5 en su modelo alternativo, sección III (American Psychiatric Association, 2013).

El tercer nivel busca formular hipótesis explicativas sobre los cambios o no cambios del paciente. El objetivo es encontrar la mejor explicación posible de los cambios observados en el proceso analítico con los ocurridos en el funcionamiento de la personalidad del paciente. Dado que estas hipótesis son especulativas, es importante compararlas a través de experimentos de pensamiento. De este modo, se expone la racionalidad de cada una de ellas, lo que permite examinar la consistencia interna de los modelos de trabajo y las teorías implícitas del analista y su correspondencia con los hechos clínicos. La perspectiva a largo plazo del 3-LM tiene un efecto positivo en la búsqueda de evidencia. Por un lado, los participantes se ponen en contacto con el material clínico siguiendo la forma en que ocurrieron los hechos, es decir, desde el antes hasta el después. Durante la discusión en grupo, también es posible examinar esta primera impresión "a posteriori". La perspectiva del después sobre el antes permite comprobar las predicciones y examinar los factores que pueden haber influido en la evolución del análisis.

Es posible ampliar esta visión en el tiempo. A menudo los grupos de 3-LM ayudan al analista a realizar algunos cambios en su estrategia interpretativa y a observar sus consecuencias. Otras veces es posible volver a discutir un material después de algún tiempo. En ambos casos, la nueva información facilita la revisión de la validez de las conclusiones iniciales.

La investigación sistemática de caso único y el 3-LM se han utilizado de forma complementaria, lo que favorece el aumento de la evidencia clínica y extraclínica disponible (Rodríguez Quiroga de Pereira et al., 2018). Este tipo de investigación puede contribuir significativamente al desarrollo de una evidencia basada en la práctica psicoanalítica.

Limitaciones, omisiones y sesgos

Tan importante es descubrir y jerarquizar la evidencia aportada por un material clínico, como identificar en qué casos esta evidencia no es suficiente o no es fiable. Como decíamos en relación con la MBE, algo similar ocurre en el ámbito de las Ciencias de la Salud. El estudio de los errores en la toma de decisiones médicas se ha incrementado en los últimos tiempos, tras el inicio del movimiento por la seguridad del paciente (Henriksen y Brady, 2013). De especial interés es el error sistemático, cuando los sesgos u omisiones de información significativa son recurrentes.

En el campo del psicoanálisis, quizás la crítica más fuerte vino de Grünbaum (1984), quien argumentó que la respuesta del paciente al análisis podía explicarse como un efecto de la sugestión y la respuesta a las expectativas del analista. Esto provocó múltiples respuestas, algunas de ellas muy recientes (Azcona, 2019). No se puede negar que los fenómenos de sugestión y adoctrinamiento pueden darse en el análisis, pero esto no significa que siempre se den ni que sea fácil producirlos en todos los casos. Esto sugiere la inversión, es decir, una forma inesperada y sorprendente de las hipótesis del analista. Sin embargo, hay múltiples factores que pueden distorsionar las pruebas clínicas y que obligan a adoptar una actitud prudente al respecto.

Recientemente, las investigaciones sobre MBE se han centrado en las situaciones en las que los estudios disponibles solo aportan pruebas de nivel bajo o limitado (Detterbeck, Gould, Lewis y Patel, 2018). En estos casos, sugieren sopesar la evidencia según un marco explícito y contrarrestar la tentación de pensar que es más sólida de lo que realmente es. Proponen utilizar un marco que incluya a) el grado de confusión en las comparaciones no aleatorias, b) la incertidumbre que implica la extrapolación a partir de la evidencia indirecta, c) la plausibilidad de una justificación y e) la sistematización de la casuística clínica. Estos criterios son útiles para los estudios clínicos. Los factores de confusión, es decir, los factores que influyen tanto en la intervención como en el resultado, pueden inducir a error en la atribución de la causalidad. Por ejemplo, se pueden atribuir mejores resultados a una alta frecuencia de sesiones, sin examinar si los pacientes con alta frecuencia están al mismo tiempo más motivados, tienen menos eventos estresantes, etc., que también pueden afectar al resultado. La extrapolación mediante pruebas indirectas es frecuente, por ejemplo, cuando se adopta un caso famoso como modelo general para otros casos sin examinar sus similitudes y diferencias. A veces, una conclusión clínica se basa en un razonamiento basado en principios teóricos sin tener en cuenta explicaciones alternativas razonables. La experiencia clínica y la intuición clínica son una valiosa fuente de hipótesis, pero también son vulnerables a numerosos sesgos.

Un sesgo es una tendencia *a priori* que lleva a favorecer un determinado tipo de conclusión frente a otras posibles. Pueden producirse de forma intencionada o no. Se han identificado más de cincuenta tipos de sesgos cognitivos y más de una docena de sesgos afectivos en el campo del diagnóstico médico (Croskerry, 2009).

El psicoanálisis ha estudiado ampliamente la contratransferencia y los efectos que el paciente puede ejercer consciente o inconscientemente sobre el analista, así como las reacciones o enactments del analista. También se ha discutido ampliamente hasta qué punto la contratransferencia puede ser un obstáculo y/o un instrumento para el progreso del análisis. Sin embargo, el estudio de otros tipos de sesgos u omisiones no ha recibido una atención similar, por lo que, sin pretender realizar aquí un estudio sistemático, nos gustaría llamar la atención sobre su importancia.

Los sesgos están presentes en todos los campos del conocimiento humano, y el estudio de su papel en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre adquirió mayor notoriedad a partir de los trabajos de D. Kahneman (2011), psicólogo y economista, que recibió el Premio Nobel por sus investigaciones sobre estos temas.

El llamado "sesgo de confirmación" (también llamado "sesgo de mi lado" ("my side")) que lleva a mirar los fenómenos clínicos desde una sola perspectiva teórica, es frecuente en el psicoanálisis. La influencia de los supuestos teóricos se ha considerado un obstáculo insuperable para lograr un terreno clínico común entre analistas con diferentes afiliaciones teóricas (Green, 2005). Aunque el sesgo de confirmación suele considerarse un sesgo cognitivo, desde el punto de vista psicoanalítico no se pueden ignorar las intensas emociones relacionadas con la identidad profesional y personal que suelen estar asociadas a la pertenencia a escuelas psicoanalíticas. Esto conduce a la exclusión de hipótesis basadas en premisas teóricas diferentes. El fenómeno del "groupthink" (pensamiento de grupo) refuerza una actitud en la que la libertad de pensamiento está limitada por la necesidad de mantener el acuerdo con el resto del grupo. Los sesgos confirmatorios favorecen el razonamiento circular y las "correlaciones ilusorias" o "apofenia", sesgos que llevan a establecer una asociación entre fenómenos no relacionados. Por ejemplo, las narraciones que relacionan ciertos problemas del paciente con acontecimientos específicos de la infancia o con actitudes maternas suelen considerarse una causalidad indiscutible, aunque un examen más detallado muestra que hay otras hipótesis igualmente defendibles.

El camino que sigue el 3-LM al pasar de la experiencia a las hipótesis teóricas e incluir a participantes con diversas afiliaciones teóricas, disminuye este tipo de sesgo confirmatorio. En cambio, promueve la búsqueda de modelos específicos ajustados al paciente. No puede evitar la aparición de otros tipos de sesgos, como el pensamiento de grupo, los sesgos de selección que llevan a la omisión de material clínicamente significativo, los sesgos de anclaje -que consideran más importante la información que llega primero-, y al "efecto halo" que lleva a que las impresiones iniciales se extiendan a otras áreas.

Por ello, es clave que las discusiones clínicas estén atentas a este tipo de sesgos. Kahneman (2011) utilizó el acrónimo WYSIATI ('What You See Is All That Is') "lo que ves es todo lo que hay" para describir la creencia de que la información disponible es suficiente, cuando no lo es porque solo vemos una parte del problema. Algunos tipos de sesgo, como el "sesgo de congruencia", el "sesgo de selección", el "sesgo de memoria" y el "sesgo de autoridad", son más frecuentes cuando se deja de lado una perspectiva contextual más amplia y la atención se centra sólo en determinados aspectos del material. Los sesgos de confirmación y las omisiones de información se refuerzan mutuamente.

La importancia y la omnipresencia de los sesgos y las omisiones han llevado a varios investigadores del campo de la psicoterapia a cuestionar si el terapeuta puede evaluar de forma fiable el progreso de un paciente. Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin y Latzman (2014) señalan que la combinación de varios sesgos puede llevar a: 1) percibir cambios que no existen; 2) si existen, atribuirlos al tratamiento cuando en realidad se deben a otras causas; 3) relacionarlos con factores específicos de un enfoque terapéutico, cuando en realidad se deben a factores comunes o inespecíficos. Por esta razón, muchos autores dan más importancia a la evaluación de los resultados mediante tests y cuestionarios que a la opinión del terapeuta (Hannan et al., 2005; Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010; Lilienfeld, 2007).

Sin negar la utilidad de triangular la opinión del terapeuta con otras formas de evaluación, nuestro interés aquí es mejorar la evidencia clínica reduciendo los sesgos y logrando una información clínica más amplia y fiable. En el ámbito de las Ciencias de la Salud, Wilson y Brekke (1994) consideran que el sesgo cognitivo es una "contaminación mental" y la eliminación de los sesgos, una "corrección mental". Una cuestión crucial es la conciencia de la dirección y la magnitud de los sesgos y la motivación para corregirlos. Esta es también la dirección que toma este documento. Kahneman sugiere que hay dos tipos de sistemas de pensamiento. El "pensamiento rápido" es una heurística automática, frecuente, emocional, estereotipada y no consciente para la resolución de problemas, utilizado la mayor parte del tiempo. El "pensamiento lento", por el contrario, implica un razonamiento lógico, calculador y consciente que conduce a decisiones más fiables aunque más esforzadas. Los grupos de discusión clínica obligan a poner en práctica este segundo sistema de pensamiento. El 3-LM amplía el concepto de "segunda mirada" de Baranger (2002) al combinar el análisis del campo analítico durante las sesiones con una observación prolongada en el tiempo y con el aporte de participantes con diversos enfoques teóricos. Esta ampliación de la perspectiva no elimina, como decíamos, la posibilidad de sesgo, pero favorece el pensamiento crítico.

La revisión crítica de las fortalezas y limitaciones de la evidencia ofrecida por un material clínico debería formar parte de los trabajos clínicos. Su publicación en revistas psicoanalíticas no suele incluir discusiones de este tipo. Normalmente, los autores presentan su perspectiva como la única posible. Cuando se tienen en cuenta autores divergentes, es frecuente que el trabajo destaque los aspectos complementarios, sin discutir los aspectos contradictorios ni discutir los argumentos a favor o en contra de cada uno de ellos. Esta situación no favorece el desarrollo científico de la disciplina.

La sección "Discusión" de un artículo científico debe cumplir dos funciones principales. En primer lugar, debe ofrecer a los autores la oportunidad de presentar el valor de sus resultados y propuestas. Al mismo tiempo, los autores deben reconocer las limitaciones de su estudio. Eso significa mencionar dónde los resultados no son concluyentes o presentan debilidades o limitaciones en su alcance. Para los editores y revisores, la inclusión de una descripción realista y adecuadamente autocrítica de estas limitaciones no es una debilidad sino una fortaleza de un trabajo clínico.

Este no es un problema exclusivo del psicoanálisis. Ioannidis (2007), en un artículo titulado provocativamente "*Las limitaciones no se reconocen adecuadamente en la literatura científica*", muestra las consecuencias de esta falta de valoración crítica. El reconocimiento de las limitaciones, en su opinión, tiene que ir más allá de la identificación de errores sistemáticos y problemas de validez. Requiere una interpretación de su significado e influencia en los resultados publicados. El conocimiento y la discusión de las limitaciones son esenciales para la credibilidad y el auténtico progreso científico. El insuficiente reconocimiento de las limitaciones contribuye a la actual crisis de reproducibilidad conceptual de los hallazgos científicos. Sin embargo, a veces los autores no son conscientes de las limitaciones de sus trabajos. Por esta razón, Avidan, Ioannidis y Mashour (2019) sugieren la inclusión de revisores externos independientes en la sección "Discusión" de los artículos científicos. En las publicaciones psicoanalíticas, sería ideal que el autor expusiera el camino interno que siguió para llegar a sus conclusiones, mostrando tanto los argumentos que le convencieron de sus conclusiones como los que le plantearon dudas o sugirieron otras alternativas. Las discusiones del 3-LM son procesos de tormenta de ideas (brainstorming) en los que se confrontan hipótesis alternativas. El reto es incluir este tipo de deliberación en los trabajos clínicos.

Hacia un marco de evaluación de la evidencia clínica

Lo que sigue es un primer intento de ofrecer un marco para la evaluación del nivel de la evidencia (alta, moderada o baja) proporcionada por un material clínico. Para ello, reunimos los criterios que el psicoanálisis clínico siempre ha tenido en cuenta y que hemos examinado en los párrafos anteriores. El resultado es una evaluación multidimensional que ayuda a la reflexión crítica sobre los juicios clínicos y la construcción de la teoría.

1. Calidad del proceso analítico: Transformaciones en la sesión

El peso de la evidencia proporcionada por un análisis aumenta cuando se producen transformaciones significativas en el paciente y en la relación terapéutica.

Esto implica, en primer lugar, evaluar el efecto a corto plazo de las interpretaciones del analista. Hasta la fecha, los criterios propuestos por S. Isaacs (1939) siguen siendo incuestionables. Subrayan las respuestas inconscientes del paciente, lo que limita los efectos más directos de la sugestión o las expectativas del analista. En este sentido, cabe destacar la importancia de la manifestación de efectos inesperados y sorprendentes para el analista y para el propio paciente. Cuando el material clínico cumple con los criterios indicados por Isaacs, con la información contextual requerida, podemos afirmar que el nivel de evidencia que ofrece como apoyo a las hipótesis es alto. Por el contrario, el nivel de evidencia es bajo o ausente cuando no encontramos respuestas de este tipo por parte del paciente, sino respuestas conscientes a las interpretaciones del analista, en las que es perceptible su orientación teórica. Cuando el analista permanece mayormente en silencio, es necesario examinar hasta qué punto esto lleva a la asociación libre del paciente o a incrementar un discurso defensivo.

El peso de la evidencia aumenta si, siguiendo las descripciones de M. y W. Baranger (2002), consideramos un campo dinámico co-creado por el paciente y el analista, que permite visualizar con mayor claridad tanto el progreso del proceso analítico como las resistencias compartidas (bastiones, enactments) o las secuencias de rupturas y reparaciones del vínculo. El nivel de evidencia aumenta cuando el analista es capaz de identificar estos fenómenos y predecir el efecto de las interpretaciones que serán efectivas. De este modo, es posible verificar que existe un verdadero intercambio y sintonía entre el paciente y el analista.

Por el contrario, el nivel de evidencia es bajo cuando solo es posible descubrir el hilo argumental del analista a través de las interpretaciones, mientras que por parte de los pacientes sólo encontramos temas repetitivos o conscientes, que a veces ni siquiera muestran claramente lo que les lleva, a nivel consciente e inconsciente, a continuar el análisis.

Entre los casos claros de alta y baja evidencia, hay grados intermedios que pueden clasificarse como evidencia moderada.

2. Las transformaciones que se producen durante los periodos largos del análisis

Encontramos un segundo criterio de alto nivel de evidencia en la existencia de cambios a nivel de la psicopatología y personalidad del paciente a lo largo del tratamiento. El segundo nivel del 3-LM busca evaluar esos cambios. El peso de la evidencia aumenta cuando hay un seguimiento del caso o se añaden herramientas de evaluación a partir de la investigación de caso único.

La evidencia aumenta cuando los cambios de los pacientes pueden relacionarse con el proceso analítico a través de hipótesis específicas sobre los posibles mecanismos de cambio. Cuando no se explica cómo el proceso analítico tuvo un efecto en la existencia o no de cambios, la evidencia

debe considerarse moderada o baja. La evidencia también es baja cuando los cambios se describen en términos de modificaciones puramente conductuales o sintomáticas sin mostrar conexiones con cambios en el mundo interior del paciente y en el funcionamiento de la personalidad. Es importante incluir información contextual sobre otros factores que podrían haber influido en los cambios de los pacientes.

3. La discusión de las hipótesis alternativas

Como ya se explicó, un material clínico suele poder interpretarse desde más de una perspectiva teórica. La evidencia es mayor cuando se confrontan diferentes hipótesis interpretativas y se comparan críticamente los puntos fuertes y las limitaciones de cada una. Cada hipótesis debe dar cuenta de los aspectos pasados por alto que ponen de relieve las hipótesis rivales. Esta es la función de los experimentos mentales. Aunque no aportan pruebas fácticas directas, obligan a formular con mayor precisión los modelos de trabajo que pretenden dar cuenta de la situación. Esto permite al oyente poner en juego sus experiencias similares, evaluando qué hipótesis es más convincente, lo que refuerza el nivel de evidencia. La discusión de hipótesis alternativas ayuda a reducir las omisiones en la presentación del caso.

El nivel de evidencia disminuye cuando no se investiga la gravedad de las disfunciones y los aspectos escindidos del yo y del objeto, o no se menciona la duración, la extensión y la gravedad de los problemas. A veces el material clínico no permite distinguir lo que es un estado transitorio de un rasgo permanente de la personalidad, o los problemas relacionados con los conflictos inconscientes de los fallos en la integración de los aspectos estructurales del funcionamiento psíquico. La suposición de que la atención exclusiva a la asociación libre conduce a una mejor captación de los fenómenos inconscientes, lleva a destacar sólo los aspectos del material que concuerdan con las premisas teóricas anteriores, es decir, a un "sesgo de mi lado".

La discusión reflexiva de las hipótesis alternativas condujo a una mejor comprensión del contexto. Estamos de acuerdo con Boesky (2013) cuando dice: *"Necesitamos saber cómo y por qué cierto material fue considerado significativo"* (p. 1138) y:

"La forma en que pensamos en las "pruebas" es inseparable de la forma en que pensamos en la contextualización. Se trata de un llamamiento a un reconocimiento más amplio de los problemas que perpetuamos al negar continuamente las profundas penalidades epistemológicas en las que hemos incurrido al descuidar esta laguna en nuestra metodología, la forma en que reunimos y evaluamos nuestros criterios de contextualización ... No podemos seguir retrasando la necesidad de afrontar este problema" (p. 1142).

Bibliografía

Altmann, M. (2014). *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis - The Three-Level Model*. London: Karnac.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

Avidan, M.S., Ioannidis J.P.A., & Mashour, G.A. (2019). Independent discussion sections for improving inferential reproducibility in published research. *British Journal of Anaesthesia*, 122(4), 413-420.

Azcona, M. (2019). Hacia una redefinición del problema de la sugestión en psicoanálisis: minimizando el efecto Pigmalión. *Perspectivas en Psicología* 16(2), 98-107.

Baranger, M., Baranger, W. (1961). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (En línea)* 4.

Baranger, M., Baranger, W., & Mom, J. (1983). Process and non-process in analytic work. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64, 1-15.

Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing arigorous and relevant knowledge for the psychologicaltherapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*,10, 319–327.

Bernardi, R. (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70(2), 341-357.

Bernardi, R. (2002). The need for true controversies in psychoanalysis: the debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Rio de la Plata. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83, 851-73.

Bernardi, R. (2014a). The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. In M. Altmann (Ed.), *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis - The Three-Level Model*. London: Karnac.

Bernardi, R. (2014b). The assessment of changes: diagnostic aspects. In M. Altmann (Ed.), *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis - The Three-Level Model*. London: Karnac.

Bernardi, R. (2015). What kind of discipline is psychoanalysis? *The International Journal of Psychoanalysis*, 96, 731-754.

Bernardi, R. (2016). La formulación clínica del caso: su valor para la práctica clínica. In Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L., and Oyenard, R (Eds.), *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Montevideo: Grupo Magro Editores - Universidad Católica del Uruguay.

Bernardi, R. (2017). A Common Ground in Clinical Discussion Groups: Intersubjective Resonance and Implicit Operational Theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98(5), 1291-1309.

- Bernardi, R. (2019). About the criteria for evaluating patient transformations in 'Ending Analysis: The Case of Karl'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99, 1424-145.
- Blass R. B. (2013) *Psychoanalytic Controversy*. Introduction: What does the presentation of case material tell us about what actually happened in an analysis and how does it do this? *Int J Psychoanal* 94:1129–1134.
- Boesky, D. (2002). Why Don't Our Institutes Teach the Methodology of Clinical Psychoanalytic Evidence? *Psychoanalytic Quarterly*, 71(3), 445-475.
- Boesky, D. (2013). What Does the Presentation of Case Material Tell Us about What Actually Happened in an Analysis and How Does It Do This? *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(6), 1135-1143.
- Brown, J. R. & Fehige, Y. (2019). Thought Experiments. In Edward N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2019 Edition). Retrieved from: <<https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/thought-experiment/>>.
- Chabert C. (2013). *Psychoanalytic Controversy*. Response: What does the presentation of case material tell us about what actually happened in an analysis and how does it do this? *Int J Psychoanal* 94:1153–1162.
- Croskerry, P. (2009). A universal model of diagnostic reasoning. *Acad. Med.*, 84(8), 1022-1028.
- Da Rocha Barros E. (2013). *Psychoanalytical Controversy*. What does the presentation of case material tell us about what actually happened in an analysis and how does it do this? *Int J Psychoanal* 94:1145–1152.
- Detterbeck, F. C., Gould, M. K., Lewis, S. Z., & Patel, S. (2018). Extending the Reach of Evidence-Based Medicine. *Chest*, 153(2), 498-506.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Etchegoyen, R. H. (2001). Algo más sobre el testeo del proceso clínico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 1, 34–59.
- Freud, S. (1914). On Narcissism. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIV.
- Freud, S. (1917). *Introductory Lectures on Psychoanalysis*. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVI.
- Freud, S. (1918). From the History of an Infantile Neurosis. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVII.
- Freud, S. (1933). *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*. Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXII
- Glover, E. (1931). The therapeutic effect of inexact interpretation: a contribution to the theory of suggestion. *The International Journal of Psychoanalysis*, 12, 397.
- Green, A. (2005). The illusion of common ground and mythical pluralism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 627-632.

- Grünbaum, A. (1984). *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., & Schunemann, H. J. (2008). What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*, 336(7651), 995-998.
- Hanly, C. (1990). The Concept of Truth in Psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 71, 375-383.
- Hanly, C. (2009). On Truth and Clinical Psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 363-37.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Lars Nielsen, S., Smart, D. W., & Shimokawa, K. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *J Clin Psychol/In Session*, 61, 155-163.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists’ ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25-32.
- Henriksen, K. & Brady, J. (2013). The pursuit of better diagnostic performance: a human factors perspective. *BMJ Quality & Safety*, 22, ii1-ii5.
- Ioannidis, J. P. A. (2007). Limitations are not properly acknowledged in the scientific literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 324-329.
- Ioannidis, J. P. A. (2016). Evidence-Based Medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, 82-86.
- Isaacs, S. (1939). Criteria for interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 20, 148-160.
- Jiménez, J. P. (2009). Grasping Psychoanalysts’ Practice in its Own Merits. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 231-248.
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2008). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. B., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 648-60.
- Lieberman, D. (1968). Wisdom, J. O. “Testing an Interpretation Within a Session” (“Prueba de una interpretación dentro de la sesión”). *The International Journal of Psychoanalysis*, 1967, XLVIII, 1. *Revista de Psicoanálisis*, 25(1), 229-231.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2014). Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work: A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 355-387.

- Nercessian, N. J. (2007). Thought Experiments as Mental Modelling: Empiricism without Logic. *Croatian Journal of Philosophy*, 7, 125-161.
- Orange, D. M. (2000). The Chicago Institute Lectures. *Psychoanalytic Psychology*, 17(2), 420-431.
- Ramzy, I. & Shrevin, H. (1976). The Nature of the Inference Process in Psychoanalytic Interpretation: A Critical Review of the Literature. *The International Journal of Psychoanalysis*, 57, 151-159.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A. (2018). La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica [Psychodynamic case formulation: Its value for clinical practice]. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(1), 266-271.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A. Borensztein, L. Corbella, V., & Marengo, J. C. (2018). The Lara case: A group analysis of initial psychoanalytic interviews using systematic clinical observation and empirical tools. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(6), 1327-1352.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., & Rosenberg, W. (1997). *Evidence-Based Medicine. How to Practice & Teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Sand, R. (1983). Confirmation in the Dora Case. *International Review of Psychoanalysis*, 10, 333.
- Schmidl, F. (1956). The problem of scientific validation in psychoanalytic interpretation. *Psychiatric Quarterly*, 25, 612.
- Shedler, J. (2015) Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, 47-59.
- Tuckett, D. (1995). The Conceptualization and Communication of Clinical Facts in Psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 653-662.
- Tuckett, D. (1998). Evaluating Psychoanalytic Papers: Towards the Development of Common Editorial Standards. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 431-448.
- Tuckett, D. (2001). Evidence Based Psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 10(3-4), 211-215.
- Wilson, T. D. & Brekke, N. (1994). Mental contamination and mental correction: unwanted influences on judgments and evaluations. *Psychological Bulletin*, 116, 117-42.
- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>