

La bioética en el diván: ¿Puede Freud ayudarnos en los dilemas de la ética médica?

Gustavo Figueroa C.

Bioethics on the couch: can Freud help us to deal with the uncertainties of medical ethics?

Only recently, bioethics has crystallized into a full-fledged discipline. The aim of this article is to analyze whether Freud is competent to deal with bioethics. Freudian psychoanalysis is reviewed as a global theory that touches culture as a totality. And it is by way of a global theory of culture that Freud takes up the phenomenon of morality. Freud gives not an alternative answer to unchanged questions in bioethics, but delivers a new manner of asking moral questions. The ground rule establishes the conditions for treatment. And secondly, it is a radical elimination of any position of moral existence. Ethics is simply bracketed (put in parenthesis) in the sense that in its regard no position is taken either for or against. What is at stake is self-recognition and Freudian itinerary runs from misunderstanding to recognition. If Freud offers a technique, it is not included in the cycle of techniques of domination; it is a technique of veracity (Rev Méd Chile 2004: 132: 1550-6).

(Key Words: Bioethics; Ethics, professional; Freudian theory)

Recibido el 18 de marzo, 2004. Aceptado en versión corregida el 29 de septiembre, 2004.
Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

EL GIRO BIOÉTICO

La introducción del término "bioética", por Potter, representó no sólo un cambio de denominación y rejuvenecimiento de lo ejercido desde los tiempos de Hipócrates, sino algo más profundo: un viraje en la medicina como ciencia, actividad clínica e institución profesional. Por ello hablamos de giro bioético: los "hechos" patológicos del enfermo se transformaron en "valores" personales del individuo¹. Esto supuso que la ética dejaba de ser una especialidad marginal y constituía un salto de nivel del discurso

médico, un más allá (*metà*) que incorpora en la clínica conceptos que hasta entonces se aplicaban de forma irreflexiva. Impulsada por las urgencias vitales de los hospitales, la bioética formuló con celeridad cuatro principios (beneficencia, autonomía, justicia y no-maleficencia)². Empero, este apremio clínico y jurídico hizo de la bioética una disciplina no fundamentada, a pesar de los repetidos esfuerzos en esa dirección³. El riesgo de que sus dictámenes sean idiosincráticos la ha amenazado desde siempre, por lo cual sus defensores enfatizan que sus deberes son *prima facie*, obligan cuando no se chocan con otros con una jerarquía valórica homologable, siendo las circunstancias o consecuencias las encargadas de dirimir⁴.

Correspondencia a: Dr. Gustavo Figueroa C. Casilla 92-V, Valparaíso. Fono/Fax: 56 32 508550. E-mail: gufigueroa@vtr.net

Freud podría ser una figura inesperadamente valiosa para ayudar a la bioética a salir de estos atolladeros, precisamente porque su punto de vista inicial es divergente: “la aplicación del [psicoanálisis a la filosofía moral]... nos permite no sólo plantear problemas nuevos sino también ver a los antiguos bajo una luz fresca y contribuir a su solución”⁵. Esto significa algo decisivo: Freud no se cuestiona por el *factum* moral en sí, por la fundamentación radical de la cuestión del valor, por su justificación *a priori*, como pedía Kant⁶. Parte de una condición básica: el psicoanálisis se ocupa del deseo (*Wunsch o Trieb*), empero del deseo en relación más o menos conflictual con los padres, censores, instituciones sociales, prohibiciones culturales⁷. Esta dialéctica entre deseo y cultura es la garantía de que Freud tiene competencia para tratar con todo fenómeno humano –la bioética incluida–, ya que cualquier experiencia implica esta dialéctica y no responde a un reduccionismo psicologizante⁸. Como ratifica Foucault⁹, no es la norma la que define lo anormal, sino al revés: el conflicto da origen a la norma.

Partiendo de estas intenciones originarias se refutan los reproches de que en la obra de Freud hay muchísimo de psicoanálisis de la ética y muy poco de ética del psicoanálisis, con lo cual él caería en el reduccionismo de concebir la maldad como una enfermedad y, más en concreto, algo psiquiátrico susceptible de ser resuelto mediante la técnica analítica³. Además, no nos interesa el desarrollo moral psicológico y sus repercusiones en la patología del deber, sino lo inverso: qué provecho podemos extraer de Freud para la bioética. Investigaremos tres asuntos porque demuestran el alcance ético del inconsciente al interior de la *tékhnē iátriké*: relación médico-paciente, concepto freudiano del hombre y bioética de la veracidad.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Históricamente, la responsabilidad médica había estado más cercana a la de tipo religioso que a la jurídica. *Spondeo* significa en latín “cumplir un compromiso solemnemente asumido”, además, “empeñarse”, “obligarse a” y “prometer”. Es una responsabilidad “fuerte”, a diferencia de la jurídica que es más “débil”³. De ahí que la medicina había

sido una “profesión” cercana al sacerdocio y la realeza, antes que una “ocupación” u “oficio”. Ello implicó que el médico ha gozado de una notable impunidad jurídica, por hallarse sometido a una responsabilidad “potente” o moral. Fueron fracasos terapéuticos los que generaron las nociones legales de negligencia y agresión (*battery*) al iniciarse el siglo XX, y que culminaron con el nacimiento de la bioética, que invirtió los principios de elección, decisión y justificación¹⁰. La responsabilidad profesional actual se dividió en jurídica o “de mínimos” (obliga en toda ocasión so pena de castigo) y ética o “de máximos” (privada), y camina hacia la ética empresarial de salud, “calidad total” y “excelencia”¹¹.

También fueron fracasos clínicos los que hicieron plantearse a Freud la responsabilidad, de Breuer con “Anna O”, Fließ con Emma Eckstein y suya con Anna Hammerschlag¹². Pero, desde una perspectiva previa y original ¿por qué surgen sentimientos tan poderosos de rabia, represalia y venganza en el vínculo con los pacientes, a menudo desproporcionados a la situación? En lugar de dar por terminada la ayuda y “presa del horror, huir y dejar a la paciente”, como Breuer^{13,14}, o de negar la existencia de la negligencia, como Fließ^{15,16}, debido a su condición faústica Freud “no dejó caer las llaves que le abrieron «las puertas a las madres» [Fausto, II]”¹⁴, y se enfrentó cara a cara con el enorme compromiso moral y carga emocional que se contrae en todo acto curativo¹⁷. Al girar su ángulo de visión, se sumergió en la estructura oculta de la interacción médico-paciente, descubriendo una veta insospechada: la cura sigue el modelo de los conflictos infantiles con sus violentas ambivalencias; por ello, desplaza o transfiere a la figura del médico las frustraciones, rebeldías e insubordinaciones frente a sus progenitores¹⁸.

Con esta intuición genial percibió que en el vínculo existía un elemento de repetición, tal como Aristóteles hablaba de *automaton* del destino: una “naturaleza impersonal en el proceso”, universal e inadecuado frente al médico, proveniente de prototipos reprimidos infantiles¹⁹. La distinción entre “relación real” (efectivamente vivida) y “relación transferencial”, significó que la responsabilidad médica recaía sobre una *imago* o persona imaginaria, una “realidad psíquica” que, aunque experimentada cual si fuera existente,

expresaba una “falsa conexión”²⁰. En ocasiones, también los fracasos podían entenderse como resistencias operantes desde el interior del paciente que no tolera la mejoría psíquica y física como forma de vida, o como una huída en la enfermedad como manifestación del beneficio primario o inconsciente²¹. La situación se tornó más compleja cuando Freud se percató que igual proceso se producía en el médico como contrapartida de la transferencia. “La influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico” hace que éste no responda realísticamente a los requerimientos de aquél, sino que, a través de “sus propios complejos y resistencias internas”, reedite relaciones antiguas cual si fueran actuales provocando reverses²².

Pero, ¿por qué Freud no dejó de recalcar que tanto la transferencia como contratransferencia, aun orientándose sobre “fantasías” u “objetos internos”, son relaciones auténticas (*echt*) y se producen espontáneamente (*unmittelbar*) en toda interacción? Porque el terapeuta tiene una responsabilidad ineludible, aunque anterior a la jurídica y desatendida hasta hoy: mantener la situación terapéutica como tal. Ésta siempre está amenazada de degradarse en una situación “real” –lo que significa lo opuesto a lo que parece–. Significa que en cualquier momento el enfermo está a punto de transformar al objeto real externo (terapeuta) en uno arcaico (padre). De conseguirlo, el médico llegaría a ser como cualquier persona que encuentra en su existencia una *imago* u objeto de la fantasía. Esta nueva visión de la responsabilidad médica suena a paradójica, afirma Strachey: “es el hecho paradójico que consiste en que el mejor modo de asegurar que el yo será capaz de distinguir entre fantasía y realidad es negarle la realidad a él tanto como sea posible”²³. Ahora se entiende el motivo de Freud para introducir la “regla fundamental” en psicoterapia: suspender toda decisión de importancia en la vida, toda acción concreta al interior del encuentro y decir todo lo que se siente, sin seleccionar ni omitir nada, le parezca irracional o vergonzoso²⁴. Sólo bajo esta condición los “fantasmas” pueden “tornarse presentes y reales (*aktuell*), y así vencidos, puesto que nadie puede ser sanado *in absentia* o *in effigie*”¹⁹.

Zubiri señaló su fundamento antropológico. El ser humano no está ajustado a su medio como el animal lo está al suyo. Mientras éste vive en

«justeza» nosotros no estamos constreñidos sino tenemos que ajustarnos al ambiente humano, que es indeterminación constitutiva o puras posibilidades. El hombre “tiene que hacer su propio ajustamiento”: tiene que elegir unas, o hacer la justeza misma, *facere iustum*, “justificar-se”. La condición humana supone tener intrínsecamente que justificarse y con ello responsabilizarse, es libertad²⁵. Ortega agrega una advertencia esencial. Este extrañamiento del medio –del cual nació el hombre– resultó gracias al desarrollo en él de la fantasía o elaboración de imágenes internas que provocó que el prójimo también sea carente de un ser fijo, abierto, posibilidad: él se tiene que elegir y nosotros elegirlo²⁶. El “idealismo moral” que impregna a la ética desde Kant hasta la bioética dice: la conciencia moral y las leyes disponen absolutamente de la vida porque ésta está al entero arbitrio del sujeto, sin restricciones, por lo que censura, recrimina y determina su dignidad y valor. Por el contrario, Freud coincide con las conclusiones éticas de Heidegger que se desprenden de lo anterior y son opuestas: el sujeto no “es el realizador de normas y valores”, por tanto, no es responsable de esta manera –disponer radical de sí– porque no es plena auto-elección, ni plena auto-soberanía, ni plena auto-determinación²⁷. Lo que entraña una diferente concepción del hombre: des-centrado, que “no es dueño ni siquiera en su propia casa” y, como tal, se comporta éticamente como si otra persona fuese la responsable de sus actos²⁸. ¿Cómo así?

CONCEPTO DEL HOMBRE EN FREUD

Hacia 1895 planteó que la meta de la terapia consistía en una descarga, por medio de la abreacción, de los afectos ligados a recuerdos que se han vuelto patógenos²⁰. Aunque superado, este concepto siguió presente veladamente ya que se postula una liberación paulatina de emociones en la transferencia, rememoración, *acting out*. Semejante concepción supone al hombre como en búsqueda de la pureza, semejante al pensamiento de Platón. El anhelo de purificarse es el de convertirse en un ser más simple, de despojarse de lo accidental, de encontrar su naturaleza verdadera. En resumen, descubrir la esencia común a nuestra condición, el sí-mismo auténtico

que existe «antes y aparte de todos los roles», independiente de cualquiera circunstancia individual o social²⁹. Contrariamente, Freud renunció a concebir al paciente como compuesto de un sí-mismo «falso» y un sí «verdadero» - no apela a ninguna «fuente de autoridad» última ni «concepto soberano» primordial (razón, voluntad, pasión). Para él, la cuestión no radica en penetrar detrás la apariencia (engañosa) para llegar a la realidad (verídica), porque la ontología moderna que distinguía entre «la» apariencia y «la» realidad, entre fenómeno y nómeno, entre accidente y esencia, fue superada por la ciencia. La vieja sustancia de la psicología de un yo único y objetivo es sustituida por un yo descentrado y compuesto de varios interlocutores válidos (ego, ello y superyo). Freud desarrolló las implicancias de este planteamiento: en contraposición a una historia coherente y consolidada, un agregado de narrativas opcionales y plausibles; en vez de una identidad permanente, un sí-mismo partido en grupos de creencias alternantes e incongruentes; frente a un individuo dueño de principios y virtudes, un sujeto que no es amo de sí ni predecible en sus objetivos y propósitos. Vale decir, en lugar de la única-descripción-correcta (verdad), un-conjunto-de-narrativas-contingentes (utilidad).

Apoyándose en su espíritu, Rorty sugiere que Freud no aplica el modelo de hombre como ser «vertical», manifestándose en metáforas de elevación o profundidad, y su psicoterapia no ambiciona sumergirse en el fondo abisal, a pesar de profesar una *Tiefenpsychologie* estratificada²⁹. Una metáfora «horizontal» le es más propia, donde el ser del sujeto consiste en expansión de sí, deseo de abarcar más posibilidades, impulso por franquear barreras erigidas por la represión, búsqueda para disponer de su pasado como otro recurso, ejecución de tareas nunca antes consumadas: «en la técnica del psicoanálisis no hay necesidad de ningún trabajo especial de síntesis; el individuo hace esto por sí mismo mejor que nosotros»³⁰.

Las consecuencias bioéticas resultan sorprendentes. La bioética no puede sustentarse en una razón formal o dura (casuística 1) así como tampoco en una razón blanda o ecológica (casuística 2)³¹, por el mismo motivo que no lo puede hacer en la voluntad ni en la pasión (emotivismo): no hay ningún marco de referencia *a priori*, ni fundamento final que entregue una justificación

primera, ni un más allá de las discusiones e independiente de las prácticas médicas sociales. Freud no aspira a descubrir la «esencia» de los actos morales del enfermo, menos aún convertir los casos clínicos en «máximas» o «prescripciones» de actuación; sólo entrega herramientas «útiles» para algunos fines³². Así, hay que abstenerse de preguntas del tipo «¿existe algo a la base del Hombre de los Lobos -su racionalidad- a lo cual puedo apelar para que se sane de su voluntad arbitraria?». Ya no hay que interrogarse por «¿cuál es el verdadero yo de Dora que se oculta tras su máscara histórica?»²². Decir como Freud «donde estaba el ello, estará el yo»³³ no asegura una respuesta única, tal como «si antes estaba manejado por mis pulsiones, me volveré un ser autónomo motivado por mi razón esclarecida». Incorporar esta imagen de sí es reconocer que no existe una contestación «correcta» al dilema «¿qué me sucedió cuando nació mi hermanito?», y que tampoco se tiene «la» solución acertada al dilema «¿qué clase de persona soy?». Es desistir a la necesidad de unificación, de adquirir una versión oficial de la propia infancia o del carácter. En el ámbito médico, es plantearse que para enfrentar incógnitas como: «¿cómo justificaría ante mí mismo que prefiera decirle la verdad que ocultarle la gravedad de su condición?», se requiere de un mayor repertorio de ideas éticas, de puntos de vista morales alternativos, de un glosario más sutil de análisis valorativo. Si se recurre a él para dirimir dilemas, es para cuestionarnos «¿qué tipo de médico sería si lo hiciese así?»²⁹. Como dice Rieff, se necesita desarrollar «la tolerancia de las ambigüedades... la clave a lo que Freud consideró el más difícil de todos los logros personales: un carácter genuinamente estable en una época inestable»³⁴.

Aceptar que somos un ser des-centrado parece trastornante, es como si alguien se hubiera metido subrepticamente debajo de nuestra piel que tiene intenciones y metas diferentes a las nuestras. Ahora la «regla fundamental» adquiere un nuevo significado: invita al paciente a abstenerse de seleccionar u omitir algo en razón de resultarle repugnante o inmoral, y conmina al terapeuta a no adoptar «una actitud moralizadora»³⁵. Claramente la regla incita, no a decir cosas sistemáticamente inmorales, sino a no hacer de la moral un criterio de selección. La suspensión de los juicios

de valor pretende crear las condiciones para que esta "expansión de sí" ética recién comience cuando se interrumpen los aparentes principios universales de valoración, las pretendidas normas generales de decisión, las partes autoritarias de uno mismo.

Bioética de la veracidad. "No olvide usted nunca que ha prometido ser absolutamente sincero (*Aufrichtigkeit*) y no calle nunca algo porque le resulte desagradable comunicarlo", dice Freud³⁵. Esta prescripción de la "regla fundamental" sin cláusulas para evadirla es la decisiva. O sea, si el psicoanálisis es una técnica, no pertenece al grupo de las técnicas de la dominación; es una técnica de la veracidad.

Existe la tentación de interpretar esta "condición de la cura"³⁵ como una transgresión a la autonomía del enfermo. En el Informe Belmont —a diferencia de Kant que enfatizaba la capacidad del hombre de darse leyes a sí⁶—, se coloca el acento en las "acciones" y "decisiones" autónomas: actuar intencionadamente, con conocimiento y en ausencia de influencias externas que pretendan controlarlo³. Esta presunta violación viene de no distinguir autonomía de autorrealización. La autonomía es un concepto genérico, válido para todo individuo porque es inherente a la dignidad humana. Opuestamente, la autorrealización es única e intransferible porque expresa la idea que el paciente tiene de lo que entiende por vida buena. Las decisiones autónomas requieren argumentos y validación, las biográficas precisan de sentido y apropiación al interior de su vida. Mejores "razones" frente a "sentido" más pleno, "ser-verdad" y "ser-propio". Al mezclar lo universalizable, el derecho a tomar decisiones o a ser tratado como interlocutor válido, con lo individual, el acceso privilegiado a su propia subjetividad, manifestado como proyecto de autorrealización, la bioética (americana) no entendió la sinceridad y autenticidad.

Freud suscribe ambos componentes: una de las metas de la terapia es mantener "la libertad" del enfermo²⁵ y, la otra, "nos negamos enfáticamente a... forzarlo a aceptar nuestros ideales"³⁰. Sólo porque son formales, ya que nada de lo que ocurra en la cura es independiente de las circunstancias irrepetibles y sociales. Freud sitúa el acento en otro lugar cuando invita a la veracidad:

lo que está en juego es el auto-reconocimiento y el itinerario propuesto va desde la mala-comprensión al reconocimiento⁸. Freud lo intuyó en su autoanálisis, que hizo crisis cuando resolvió la tragedia de *Edipo Rey* y se decidió a "ser enteramente sincero conmigo mismo"¹⁵. El destino de Edipo es ya haber matado a su padre y haberse casado con su madre. Empero, el drama del reconocimiento se inicia más allá de este punto, y consiste en admitirse ser el hombre que él mismo había anteriormente maldecido: "Yo soy ese hombre. En un cierto sentido, siempre lo he sabido, pero en otro sentido no; ahora sé quien soy"⁸. En lugar de moralizar sobre este doble crimen Freud da una vuelta de tuerca y se cuestiona por qué este desenmascaramiento es posible de llevar a cabo, cómo sucede que nos comprendamos mal, insinceramente, en forma regular y habitual.

La contestación al problema del doble sentido del mostrar-ocultar está en que la conciencia tiene una certidumbre inmediata de sí, pero esta certidumbre no es un saber seguro e incuestionable. ¿Qué quiere decir? Husserl enseñó que la conciencia (*Bewußtsein*) es intencional, está dirigida a algo que ella no es, al sentido de lo designado. Así, la conciencia suya como lector está volcada en las páginas que lee. Mientras la intuición inmediata de su conciencia es saberse a sí misma de manera evidente, apodíctica, el sentido de lo intuido es mediato, por tanto, dudoso por principio, podría usted estar soñando. Se es-consciente (de uno se tiene certidumbre total), pero se necesita llegar-a-ser-consciente-de-sí para saber si lo que se conoce es tal y como uno cree³⁶. El conocimiento de sí no se halla al comienzo sino al final de una búsqueda laboriosa: la conciencia no es origen sino tarea. Esta indagación se llama interpretación.

Freud remitió el doble sentido a su génesis, afirmando que la inserción primaria en la realidad no es absoluta sino mediada, y toda presencia envía a lo otro previo: "La escritura es originalmente el lenguaje del ausente; la vivienda, un sucedáneo del vientre materno"⁷. La experiencia última es la que el bebé satisfacía "alucinatoriamente por sí mismo todas sus necesidades"²⁵, y que es interrumpida por el nacimiento, donde, por desengaños de la realidad, se produce un quiebre irreparable y forjador del destino. El corte, la separación del mundo no se restaura jamás

salvo a través de sucedáneos, de intermediarios como el lenguaje. En palabras de Ortega, “es nuestro destino y nuestro deber... alejarnos, alejarnos”³⁷.

La auto-comprensión recién se inicia después de aceptar la humillación narcisística que implica reconocernos en las insinceridades y simulaciones que nos constituyen³⁸. La veracidad es tanto el único valor en juego como también una técnica: procedimiento doloroso, una lucha contra las resistencias, por lo que Freud está cercano al coro de *Agamenón* de Esquilo: *pathei-mathos*, “la sabiduría [sinceridad] sólo se alcanza a través del sufrimiento”³⁹. Se debe perder la bioética (irreflexiva) para recuperarla gracias a la veracidad (reflexiva).

CONCLUSIONES

Partimos de la pretensión de la bioética de conocer desde el comienzo e igualarse a sus propios contenidos. La “regla fundamental” ad-

vierte que, al renunciar tanto a la “verdad” de la realidad como especialmente a la “moral” de las reglas éticas, recién se alcanza, en pasos sucesivos, el punto de partida bioético que, paradójicamente, es de llegada. El problema es ¿en qué estado de distorsión se halla nuestro deseo cuando formulamos los dilemas morales médicos? Es una revelación o conversión interior vergonzante, guiada por la veracidad, que desbarata la conciencia ensoberbecida (paciente y médico) que ha presumido jactanciosamente una inocencia inicial.

Sin embargo, Freud es más complejo y la moral del acto médico más ambigua. Su hija Anna, que era maestra, en una ocasión le reprochó que, en lugar de optar por una veracidad a todo trance frente a su paciente Serguei Pankejeff, le prometiera al inicio de la terapia “el alivio de los síntomas, una mayor capacidad para trabajar y el mejoramiento de sus relaciones personales y sociales”, cuando habían muchas razones para dudar que pudieran cumplirse estas promesas. Con determinación Freud le respondió: “Ahí es donde se ve que tú no eres médico”⁴⁰.

REFERENCIAS

- FIGUEROA G. Bioética y psicoterapia ¿cuáles supuestos morales actúan cuando ejecutamos un acto psicoterapéutico? *Rev Méd Chile* 2004; 132: 143-52.
- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- GRACIA D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho, 1998.
- DANCY J. An ethic of prima facie duties. En: Singer P, editor. *A companion to ethics*. Oxford: Blackwell 1991; 219-29.
- FREUD S. *Das Interesse an der Psychoanalyse*. GW VIII; 1913; 389-420.
- KANT I. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. En: *Kant-Studienausgabe Band VI*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968; 1-102.
- FREUD S. *Das Unbehagen in der Kultur*. GW XIV; 1930; 419-506.
- RICOEUR P. Psychiatry and moral values. En: Arieti S, editor. *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. New York: Basic Books, 1974; 976-90.
- FOUCAULT M. *Les anormaux. Cours au Collège de France*. 1974-1975. Paris: Seuil/Gallimard, 1999.
- ROTHMAN DJ. *Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: Basic Books, 1991.
- CORTINA A. Ética del discurso y bioética. En: Blanco D, Pérez JA, Sáez L, editores. *Discurso y realidad. En debate con K.-O. Apel*. Madrid: Trotta, 1994; 75-89.
- FORRESTER J. *Dispatches from the Freud wars. Psychoanalysis and its passions*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- ELLENBERGER H. The story of “Anna O.”: a critical review with new data. *J Hist Behav Sciences* 1972; 8: 267-79.
- FREUD S. *Briefe 1873-1939*. 2. Aufl. Frankfurt: Fischer, 1968.
- FREUD S. *Briefe an Wilhelm Fließ (1887-1904)*. Frankfurt: Fischer, 1986.
- SCHUR M. Weitere “Tagesreste” zum “Traummuster”. En: Scheidt Jv., Hrsg. *Der unbekannt Freud. Neue Interpretationen seiner Träume*. München: Kindler, 1974; 116-49.

17. FREUD S. *Die Traumdeutung*. GW II/III; 1900; 1-642.
18. FREUD S. *Zur Dynamik der Übertragung*. GW VIII; 1912; 363-74.
19. FREUD S. *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. GW VIII; 1912; 375-388.
20. FREUD S. *Studien über Hysterie*. GW I; 1895; 75-312.
21. FREUD S. *Bruchstück einer Hysterie-Analyse*. GW V; 1905; 161-286.
22. FREUD S. *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*. GW VIII; 1910; 103-116.
23. STRACHEY J. Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. *Int Z Psychoanal* 1934; 21: 486-516.
24. FREUD S. "Psychoanalyse" und "Libidotheorie". GW XIII; 1923; 209-33.
25. ZUBIRI X. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza, 1986.
26. ORTEGA Y GASSET J. *El hombre y la gente*. OC VII. Madrid: Revista de Occidente 1957; 69-272.
27. HEIDEGGER M. *Sein und Zeit*. 10. Aufl. Tübingen: Niemeyer, 1963.
28. FREUD S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XI; 1916-1917: 1-497.
29. RORTY R. Freud and moral reflection. En: Rorty R. *Essays on Heidegger and others. Philosophical papers II*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991; 201-28.
30. FREUD S. *Über Psychoanalyse*. GW VIII; 1910; 1-60.
31. TOULMIN S. *Human understanding 1: the collective use and evolution of concepts*. New York: Harper & Row, 1972.
32. RORTY R. *Hoffnung statt Erkenntnis. Eine Einführung in die pragmatische Philosophie*. Wien: Passagen, 1994.
33. FREUD S. *Das Ich und das Es*. GW XIII; 1923: 235-289.
34. RIEFF P. *Freud: the mind of the moralist*. New York: Harper and Row, 1966.
35. FREUD S. *Zur Einleitung der Behandlung*. GW VIII; 1913; 453-478.
36. HUSSERL E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologische Philosophie. Erstes Buch. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*. Haag: Nijhoff, 1950.
37. ORTEGA Y GASSET J. *La idea de principio en Leibniz y la evolución de la teoría deductiva*. OC VIII. Madrid: Revista de Occidente, 1962; 59-356.
38. FIGUEROA G. La revelación del diagnóstico: el lugar de la beneficencia, autonomía y veracidad en la ética médica. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 569-76.
39. RICOEUR P. *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Paris: Seuil, 1965.
40. STERBA RF. *Erinnerungen eines Wiener Psychoanalytikers*. Frankfurt: Fischer, 1985.