

# Clínica... ¿del síntoma?\*

SIDI ASKOFARÉ\*\*

Universidad de Toulouse II Le Mirail, Toulouse, Francia



## Clínica... ¿del síntoma?

El origen y las adherencias médicas del síntoma tienden a convertirlo en una categoría menor del psicoanálisis, lo que da prevalencia a los conceptos forjados y elaborados por Freud: inconsciente, repetición, transferencia, pulsión. En contravía de esta concepción simplista, y sin eludir la práctica del diagnóstico, este artículo se empeña en demostrar cómo el síntoma condensa lo esencial de lo conceptual en psicoanálisis y, además, se sitúa tanto a la entrada como a la salida de un análisis, a tal punto que tenemos razones para decir que la experiencia psicoanalítica es fundamentalmente una clínica del síntoma.

**Palabras clave:** diagnóstico, fantasma, fin de análisis, psicosis, síntoma.

## Clinique du... symptôme ?

L'origine et les adhérences médicales du symptôme tendent à faire de celui-ci une catégorie mineure de la psychanalyse, et ce au profit des concepts forgés et élaborés par Freud : inconscient, répétition, transfert, pulsion. À rebours de cette conception simpliste, mais sans se détourner de l'exercice diagnostique, cet article s'attache à démontrer en quoi le symptôme, d'une part, condense l'essentiel de la conceptualité psychanalytique, et d'autre part, se situe à l'entrée comme à la sortie d'une analyse, au point qu'on est fondé à considérer que l'expérience psychanalytique est fondamentalement une clinique du symptôme.

**Mots-clés :** diagnostic, fantasma, fin d'analyse, psychose, symptôme.

## A clinical process... of the symptom?

The origin and medical adhesion of a symptom tend to convert it into a lesser category in psychoanalysis, which gives prevalence to the concepts that were forged and developed by Freud: the unconscious, repetition, transference, drive. Going against this simplistic idea and without avoiding diagnostic practices, this article insists on demonstrating how a symptom condenses the essential elements of the conceptual in psychoanalysis and how it is situated as much at the beginning of an analysis as at the end, a point that gives us reasons to state that the psychoanalytic experience is fundamentally a clinical process of the symptom.

**Keywords:** diagnosis, end of analysis, phantom, psychosis, symptom.

\* Traducción del francés a cargo de Gloria Elena Gómez B., profesora de la Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura de la Universidad Nacional de Colombia.

\*\* e-mail: sidi.askofare@orange.fr



**D**urante mucho tiempo ha prevalecido entre los psicoanalistas la idea de que su clínica es esencialmente y ante todo una clínica de la escucha, es decir, fundamentalmente, una clínica sostenida en el desciframiento de las formaciones del inconsciente-verdad. En consecuencia, ha dominado una clínica que apunta principalmente a desanudar los *impasses* subjetivos, poniendo al descubierto la verdad oculta en el inconsciente-reprimido.

Sin embargo, trozos enteros de la experiencia justifican tal definición y dicha operación. Queda por decir, no obstante, que tal concepción, al privilegiar el binomio cifrar/descifrar que homogeneiza las formaciones llamadas del inconsciente, olvida o desconoce el lugar, la estructura y la formación específicos del síntoma en el campo de dichas formaciones.

De donde la pregunta: ¿y si, en el fondo, el psicoanálisis, de comienzo a fin, no fuera más que clínica del síntoma? ¿Es esta proposición sostenible? ¿Qué consecuencias implica? ¿Qué respuesta reclama de parte de los agentes del discurso analítico? Convendría dedicarse a plantear estos problemas y a esbozar algunas vías. En este artículo me centraré en examinar esta clínica del síntoma en su relación con el diagnóstico.

Este artículo podría titularse: ¡“retorno al síntoma”! ¿Por qué retorno? Retorno porque basta con examinar la literatura analítica para darse cuenta de que los psicoanalistas no dejan de volver siempre sobre la cuestión del síntoma, sea en el plano clínico, sea en el doctrinal.

Podría uno alegrarse y felicitarse si viera en este retorno al síntoma el signo de una preocupación cada vez mayor por lo concreto de la práctica, por la realidad del sufrimiento de los sujetos que nos consultan, el deseo asumido de producir efectos terapéuticos más acá o al lado de los efectos epistémicos y éticos del psicoanálisis. También podría uno inquietarse si este retorno se identifica con una regresión al pragmatismo, al utilitarismo, de y, en el psicoanálisis, el descuido del fantasma o de esas sutiles formaciones del inconsciente-verdad que son el sueño, el lapsus o el chiste.

Finalmente, podría uno sorprenderse si considera que ni para Freud —véase su *Metapsicología*— ni para Lacan, el síntoma contó entre los conceptos fundamentales del psicoanálisis. Para hacer memoria, recordaré que Freud intentó, en 1915, despejar, grosso modo, doce conceptos: inconsciente, pulsión, represión, duelo y melancolía —es decir, el objeto y las modalidades e incidencias de su pérdida—, sueño —estos son los conceptos acerca de los cuales conservó los ensayos que les consagró—; y, también, conciencia, angustia, histeria de conversión, neurosis obsesiva, neurosis de transferencia en general, sublimación y proyección<sup>1</sup>.

En cuanto a Lacan, pasando *la navaja de Occam*, fue más radical. Redujo a cuatro los conceptos fundamentales del psicoanálisis: inconsciente, repetición, transferencia y pulsión.

Se sabe que, al menos en Lacan, tal elección de los conceptos fundamentales estuvo ligada a una opción: la de una *cientifización* del psicoanálisis. Paradójicamente, en el transcurso del mismo seminario sobre *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* Lacan va a hacer valer el psicoanálisis ante todo como una práctica, llevando la coquetería hasta hablar de *praxis* —Gramsci no está aquí lejos— y lo definirá como tratamiento “de lo real mediante lo simbólico”<sup>2</sup>. Lacan extrae lo que se puede tener por una especie de definición concreta del psicoanálisis, que ya conocemos:

[...] el análisis no consiste en encontrar, en un caso, el rasgo diferencial de la teoría, y en creer que se puede explicar con ello *por qué su hija está muda*, pues de lo que se trata es de *hacerla hablar*, y este efecto procede de un tipo de intervención que nada tiene que ver con las referencias al rasgo diferencial.<sup>3</sup>

El análisis consiste precisamente en hacerla hablar, de modo que podría decirse que queda resumido, en último término, en la remisión del mutismo, lo cual se llamó, durante un tiempo, análisis de las resistencias. El síntoma es, en primer lugar, el mutismo en el sujeto que se supone que habla. Si habla, se curó de su mutismo, por supuesto. Pero ello no nos dice nada por qué se puso a hablar.<sup>4</sup>

Mi propósito no es comentar este pasaje. Si lo recuerdo aquí es justamente para resaltar y señalar el lugar eminente que Lacan asigna al síntoma en su definición y concepción del psicoanálisis. El síntoma, en efecto, está al comienzo del análisis como “disfunción” a tratar —es una referencia al sujeto tal como resulta situado por el discurso del amo. En la medida en que está sujeto a dicho discurso y al deseo del amo, él es “supuesto marchar”. Sobre el fondo de esta suposición, se considera síntoma todo eso que no marcha —enigma a descifrar, sufrimiento a reducir y, al final, el síntoma es el fenómeno del cual se espera la supresión, la curación —el buen funcionamiento—.

1. Véase Sigmund Freud, Jean Laplanche y J.-B. Pontalis, *Métapsychologie* (Paris: PUF, 2010), y Ernest Jones, *La vie et l'œuvre de Freud*, t. II (Paris: Presses Universitaires de France, 1961), 197-199.
2. Jacques Lacan, *El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964) (Buenos Aires: Paidós, 1990), 14.
3. *Ibíd.*, 19-20.
4. *Ibíd.*, 20.

Inútil es distraerse en el hecho de que se trata de una concepción de la cura que se desprende del fondo del optimismo terapéutico, característico del primer Lacan, como también lo fue del primer Freud.

Por el contrario, me parece interesante preguntar sobre aquello a lo que nos conduce la reconsideración de los conceptos fundamentales a la luz de esta definición. A nada distinto que a esto: la traducción propiamente clínica de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis nos conduce, en realidad, a un binario: por una parte, a la transferencia, que constituye el espacio y la condición de efectuación del proceso analítico y, por otra parte, al síntoma, que condensa exactamente el inconsciente —represión, saber, letra—, a la repetición —insistencia de lo reprimido, encuentro fallido, trauma— y a la pulsión —goce, sexualidad, muerte—.

Considerar el síntoma a partir del diagnóstico, lejos de simplificar las cosas nos impone un rodeo, el de pasar por el diagnóstico para interrogar su necesidad y su legitimidad en la clínica psicoanalítica.

Se puede partir de una pregunta extremadamente simple: ¿por qué, para qué el diagnóstico?, y desglosarla en las siguientes: ¿por qué diagnosticamos?, ¿cómo diagnosticamos?, ¿cuáles son los fundamentos y las coordenadas del diagnóstico en psicoanálisis?

Si planteo estas preguntas, no es solamente para cumplir con una progresión en mi exposición o para retardar el examen de la cuestión que nos ocupa: el síntoma. Es que el diagnóstico, como tal, plantea un problema a la comunidad de los clínicos. Y no es simplemente porque con frecuencia tenemos dificultad para ponernos de acuerdo sobre los diagnósticos que planteamos: basta con pensar en la disputa interminable relativa al diagnóstico de Sergueï Pankejeff, “El hombre de los lobos” —neurosis obsesiva versus psicosis—, o el de Sidonie Scillag, “La joven homosexual” —histeria versus perversión—, o el del presidente Schreber —paranoia versus esquizofrenia—. Incluso los diagnósticos de neurosis histérica que parecen más seguros, como los establecidos por Breuer y Freud en los “Estudios sobre la histeria”, son hoy interrogados en provecho de la categoría de estados-límite. No hago más que mencionarlo, es tan grande el “revisionismo” nosográfico que hace decir a Jean Bergeret lo siguiente:

Desde mi punto de vista, la neurosis obsesiva —al igual que la perversión, por otra parte— es un caso particular de organización psicótica. Y como a menudo lo he señalado a mis colegas, si se analiza un neurótico obsesivo, aplicando los principios del primado de la organización del Edipo, el paciente se descompensa y delira. Los sujetos que llamamos obsesivos construyen en realidad comportamientos obsesivos defensivos, en estructuras ya ampliamente psicotizantes. Lo mismo acontece en el sujeto perverso.

Se trata también de una organización defensiva que permite al sujeto no delirar, manteniéndose en el marco de una estructura psicótica.<sup>5</sup>

Entonces, ¿cuáles son estos problemas? Digamos, para ser breves, que son relativos a la necesidad clínica, a la legitimidad y a la ética del diagnóstico en la práctica psicoanalítica. La cuestión se plantea por la simple razón de que la noción del diagnóstico y su práctica son de origen médico, pertenecen en principio al procedimiento médico. Si el psicoanálisis se la ha apropiado, es porque este se define como “método de tratamiento de perturbaciones neuróticas” fundado sobre un “procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos”. Reconocemos aquí las fórmulas de Freud en “Psicoanálisis” y “Teoría de la Libido”<sup>6</sup>.

Hay, entonces, una reflexión que es necesario llevar a cabo sobre el movimiento que va del diagnóstico médico stricto sensu, al diagnóstico, tal como el psicoanálisis lo reconsidera y utiliza. Al respecto se pueden encontrar elementos muy útiles y preciosos en alguien como Michel Foucault, especialmente en *El nacimiento de la clínica*<sup>7</sup>. Por ahora he escogido una vía más directa. Partiré de Freud y, en especial, de su pequeño texto de 1913 titulado “Sobre la iniciación del tratamiento”, texto que completa y profundiza aquel de 1905 “Sobre psicoterapia”. Me excuso si cito tan extensamente a Freud, pero lo que dice allí es tan esencial con respecto a eso que nos ocupa, que sería una lástima simplemente evocarlo o parafrasearlo:

Hace ya años, en otro lugar, expuse las indicaciones más importantes para la selección de los pacientes. Por eso no las repito aquí; entretanto, han hallado aprobación en otros psicoanalistas. Pero agregó que después, con los enfermos de quienes sé poco, he tomado la costumbre de aceptarlos primero sólo provisionalmente, por una semana o dos. Si uno interrumpe dentro de ese lapso, le ahorra al enfermo la impresión penosa de un intento de curación infortunado; uno sólo ha emprendido un sondeo a fin de tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el psicoanálisis. No se dispone de otra modalidad para ese ensayo de puesta a prueba; como sustituto no valdrían pláticas ni inquisiciones en la hora de sesión, por más que se las prolongase. Ahora bien, ese ensayo previo ya es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas. Quizá se lo pueda separar de este por el hecho de que en aquel uno lo hace hablar al paciente y no le comunica más esclarecimientos que los indispensables para que prosiga su relato. La iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica. Hartas veces, cuando uno se enfrenta a una neurosis con síntomas histéricos u obsesivos, pero no acusados en exceso y de duración breve —vale decir, justamente las formas que se considerarían favorables para el tratamiento—, debe dar cabida a la duda sobre si el



5. “Entrevista sobre la nosografía”, en Jacques Bouhsira y Laurent Danon-Boileau, *Nosografía psicoanalítica, monografías y debates de psicoanálisis, Revue Française de Psychanalyse* (Paris: puf, 2011), 189.
6. Véase Sigmund Freud, «Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”», en *Obras completas*, vol. xviii (Buenos Aires: Amorrortu, 1980), 231.
7. Véase Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica* (México D. F.: Siglo XXI, 1991).

caso no corresponde a un estadio previo de la llamada “*dementia praecox*” —“esquizofrenia” según Bleuler, “parafrenia” según mi propuesta— y, pasado más o menos tiempo, mostrará un cuadro declarado de esta afección. Pongo en tela de juicio que resulte siempre muy fácil trazar el distingo. Sé que hay psiquiatras que rara vez vacilan en el diagnóstico diferencial, pero me he convencido de que se equivocan con la misma frecuencia. Sólo que para el psicoanalista el error es mucho más funesto que para el llamado “psiquiatra clínico”. En efecto, este último no emprende nada productivo ni en un caso ni en el otro; corre sólo el riesgo de un error teórico y su diagnóstico no posee más que un interés académico. El psicoanalista, empero, en el caso desfavorable ha cometido un yerro práctico, se ha hecho culpable de un gasto inútil y ha desacreditado su procedimiento terapéutico. Si el enfermo no padece de histeria ni de neurosis obsesiva, sino de parafrenia, él no podrá mantener su promesa de curación, y por eso tiene unos motivos particularmente serios para evitar el error diagnóstico. En un tratamiento de prueba de algunas semanas percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinarlo a no continuar con el intento. Por desdicha, no estoy en condiciones de afirmar que ese ensayo posibilite de manera regular una decisión segura; sólo es una buena cautela más. Prolongadas entrevistas previas antes de comenzar el tratamiento analítico, hacerlo preceder por una terapia de otro tipo, así como un conocimiento anterior entre el médico y la persona por analizar, traen nítidas consecuencias desfavorables para las que es preciso estar preparado. En efecto, hacen que el paciente enfrente al médico con una actitud transferencial ya hecha, y este deberá descubrirla poco a poco, en vez de tener la oportunidad de observar desde su inicio el crecer y el devenir de la transferencia. De ese modo el paciente mantendrá durante un lapso una ventaja que uno preferiría no concederle.<sup>8</sup>

Por así decirlo, Freud responde a todas las preguntas que planteé y a las cuales nosotros debemos responder. De una parte, el diagnóstico es necesario en cuanto es aquello a partir de lo cual el analista decide tomar o no un sujeto en análisis. Esta concepción depende, sin duda, de la idea de Freud, que no es la nuestra hoy, idea según la cual el psicoanálisis sería un tratamiento que compete exclusivamente a los síntomas neuróticos y que, al contrario, no tendría efectos en los casos de psicosis, especialmente esquizofrénicas. Pero, incluso, si no se está de acuerdo con esa idea de Freud, no se puede ignorar que una cura o un tratamiento no podrían conducirse de la misma manera, según que el paciente sea neurótico o psicótico. Hay entonces, por esta razón, una necesidad y hasta una obligación de plantear un diagnóstico, de formular una hipótesis diagnóstica, de la cual dependerá en parte la dirección de tratamiento.

8. Sigmund Freud. “Sobre la iniciación del tratamiento”, *Obras completas*, vol. XII (Buenos Aires: Amorrortu, 1980), 125-127.

De otra parte, ese diagnóstico es legítimo en cuanto no se trata de un puro y simple ejercicio académico, de un acto de pura prestancia relativa al discurso universitario, es decir, de una puesta en función del saber como semblante. El diagnóstico debe subordinarse a la política y a la ética del discurso analítico, de la misma manera que la interpretación, por ejemplo. Así tenemos entonces la respuesta a la pregunta ¿por qué el diagnóstico? Respuesta: en razón de la dirección de la cura que requiere que el analista tenga una pequeña idea sobre la estructura y la posición del sujeto.

Tal respuesta indica, de entrada, que este diagnóstico analítico, que también llamamos “diagnóstico de estructura”, no es comparable con el diagnóstico psiquiátrico. ¿Sobre qué se funda el diagnóstico de estructura? Diría que debe fundarse a *minima* sobre tres pilares: la palabra, la hipótesis del sujeto y la transferencia —a entender aquí en un sentido restringido, como la relación del sujeto con el Otro—. En cuanto a su función, es la de evidenciar la estructura y el tipo clínico relativos al sujeto. Lo que supone, evidentemente, haber sido formado en lo que es la estructura y los diferentes modos de sujeción a ella —neurosis, psicosis, perversión—.

Todo esto sería relativamente fácil si las cosas no se hubieran vuelto más complejas después de Freud. No voy a extenderme mucho al respecto, pero conviene dejar sentado que algo cambió en la manera de considerar y proponer el diagnóstico. Con respecto a esto hay varias razones:

- El retroceso y el estallido de las grandes nosografías “nacionales”, lo que tiene como consecuencia la ausencia de referencias psicopatológicas compartidas.
- Paralelamente, asistimos a un aumento, en potencia, de un esperanto pretendidamente a-teórico, el DSM, que pone el diagnóstico al servicio de la estadística y de la epidemiología.

Por otra parte, observamos la multiplicación de los síndromes y la promoción de “entidades sintomáticas nuevas” acompañadas del cuestionamiento, incluso de la puesta en entredicho, de las clásicas estructuras freudianas heredadas de la nosografía psiquiátrica, en provecho, especialmente, de la categoría de estados-límites, de *borderline*, de las personalidades narcisísticas y *tutti quanti*.

En el contexto de estas consideraciones sobre el diagnóstico ¿cómo situar la cuestión del síntoma, su lugar y su función dentro del diagnóstico?

Partiré de una tesis contundente: en la experiencia analítica conocemos el síntoma al menos bajo tres figuras:

- 1) El síntoma que el sujeto es: en cuanto síntoma del Otro, sea ese Otro la madre o la pareja parental.



- 2) El síntoma que el sujeto tiene, del cual es el portador, síntoma en el cual él cree —cree que [...] es capaz de decir algo<sup>9</sup>— que propone al desciframiento y a propósito del cual espera el tratamiento —atenuación, reducción, desaparición— por el análisis.
- 3) El síntoma que el sujeto cree: —*él lo cree, cree eso que él dice* vs. *cree en eso*— y que puede revelarse como el síntoma trata al sujeto, la “suplencia” que asegura el anudamiento de los elementos —R.S.I.— de la estructura, en cuanto cuarto redondel.

Es decir que la cuestión del síntoma concierne y atraviesa de punta a punta la clínica, especialmente, psicoanalítica. Es decir, también, en qué medida nuestras prácticas clínicas, las más cotidianas, están determinadas y orientadas por nuestra concepción del síntoma. Lo que implica la necesidad y la urgencia de poner al día y precisar esta concepción para poder extraer las consecuencias en cuanto a la acogida y al tratamiento del síntoma.

Lo más difícil, sin duda lo habrán anticipado, no es tanto hablar del síntoma —hoy en día en vía de ser suplantado por las nociones de estados, fenómenos, trastornos, conductas y disfunciones, incluso de parte de algunos psicoanalistas— sino hablar de él en forma precisa, es decir, de un manera que no aplaste sus variedades fenomenológicas, ni sus especificidades estructurales, ni las complejidades conceptuales; de una forma que, también, articule y anude medicina psiquiátrica, psicoanálisis freudiano y opción lacaniana en el campo freudiano.

Encontré en Lacan un “bicho raro” —se trata de un pasaje un poco extenso— de su “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*”, del cual propongo partir: “De ahí precisamente resulta que no hay comunicación en el análisis sino por una vía que trasciende al sentido, la que procede de la suposición de un sujeto al saber inconsciente, es decir, al ciframiento de lo que articulé: sujeto supuesto saber”<sup>10</sup>.

A partir de aquí varias vías se abren y diferentes elecciones son posibles. Distinguiré al menos los casos en los cuales la estructura es manifiesta, donde la cuestión del diagnóstico diferencial no se plantea. Para limitarnos a referencias clínicas comunes, como son el caso de Dora, Juanito o el “Hombre de las ratas”; es igualmente el caso de esta señora que vino a verme y que llamaré Beatriz. Ella tiene 45 años, está casada y es madre de tres hijos: el mayor de 17 años y 2 gemelos (mixtos) de 14 años. B. nació de padre desconocido, aunque logrará identificar su genitor buscando entre los papeles de su madre. Esta identificación del “padre” no le será confirmada por

9. Jacques Lacan, *Seminario 22. R.S.I.* Inédito. Clase del 21 de enero de 1975. Folio Views - Bases documentales, versión digital.

10. Jacques Lacan, “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*”, en *Otros escritos* (Paidós: Buenos Aires, 2012), 584.

su madre sino cuando nace su primer hijo. De su historieta, ella destaca lo siguiente: después de su nacimiento, su madre se casa con un comerciante al que da dos niñas, Jocelyne —que Beatriz llama bellamente su “hermana de amor” y que acaba de morir apenas unos días atrás— y Gisèle.

Su padrastro —el padre de sus dos hermanas— hará a B. objeto de tocamientos cuando ella tiene siete años. A raíz de su denuncia ante la abuela él será encarcelado y morirá luego, rápidamente. Al momento de su muerte, las gemelas solo tienen tres años y medio. Como consecuencia de este hecho, todas las niñas serán internadas. B., quien fue separada de sus hermanas va a cuidar de ellas, sin embargo, ocupando la función de sustituto materno. Nada por el momento sobre su preadolescencia y adolescencia. Lo que ella pone de manifiesto es su deseo decidido de recobrar su libertad dejando el internado, lo cual hace tan pronto como adquiere la mayoría de edad. Renuncia a pasar su bachillerato y, de golpe, a emprender sus estudios de enfermería y a la carrera a la que ella desea consagrarse.

Es en este momento que conoce al hombre que se convertirá en su marido a lo largo de 24 años. Él es hemipléjico. Contrae matrimonio con él contra la opinión de toda su familia, y concibe de él, por inseminación artificial, sus tres hijos. Y, sobre todo, ella lo cuida, se convierte en su enfermera. Entre los dos hay una ausencia total de vida sensual. Hace seis años, ella manifiesta su primer intento de ruptura con ocasión de un encuentro que termina por no producirse. Luego, en 2006 ella admite una primera relación adúltera —estrictamente física, precisa— para asegurarse sobre su capacidad de seducción, con el fin de obtener ternura, de hacerse y dejarse amar.

En el momento de su primer intento de separación de su marido, su hermana Jocelyne enferma: un tumor en el cerebro. Después de una operación quirúrgica se recupera, sobreviniendo, algunos años más tarde, en 2009, una recaída. El tumor es identificado como canceroso; el pronóstico es fatal. B. deja de trabajar para consagrarse a su hermana y sus sobrinas. Toma a su cargo a la familia de su hermana y hace más que secundar a su cuñado. Es ella quien mantiene el contacto con el cuerpo médico, que le indicará el carácter desesperado del pronóstico. Durante toda la segunda fase de la enfermedad de la hermana, B. se quedará en casa de esta permitiendo a su cuñado apartarse y proteger a sus hijas hasta la última hospitalización, seis meses antes del deceso. Ella organiza la ceremonia fúnebre cumpliendo con su cuñado el deseo de su hermana: incineración y esparcimiento de las cenizas. Inmediatamente después entabla con su cuñado una relación apasionada; el día de su primera cita conmigo, y antes de venir a verme, anuncia a su marido y a sus hijos su relación con el cuñado y la decisión conjunta de vivir este amor a luz del día.



Si les propuse este relato de la primera entrevista es para hacer valer al menos tres cosas:

- 1) La primera es que existen en la clínica situaciones en las que la cuestión del diagnóstico no se sitúa en un primer plano, es decir, hay urgencias subjetivas, “casos de urgencia”, para retomar la expresión de Lacan<sup>11</sup>, que se requiere sopesar para estar seguro de poderlas atender. Lo concerniente al diagnóstico no se plantea sino después de esto.
- 2) La segunda es que, incluso volviendo sobre este tipo de situación para intentar hacer una hipótesis diagnóstica, en mi concepto, no es más que eso: todo diagnóstico en psicoanálisis no es sino hipótesis diagnóstica, lo que le quita toda posible dimensión de dominio. Dicho de otra manera, nunca se está al abrigo del surgimiento de un material que vendría a modificar el ordenamiento de los elementos sobre los cuales uno se ha apoyado para formular dicho diagnóstico.
- 3) La tercera es que, incluso en ese caso, podría ser que la problemática del síntoma esté en segundo plano de manera que el síntoma como tal no constituya, de entrada, la referencia diagnóstica principal. Esto permite comprender, en consecuencia, por qué Lacan se vio llevado al final a ser directo, a no enredarse con respecto a la cuestión del síntoma con sus analizantes: “Se trata de hacerlos entrar por la puerta, que el análisis sea un umbral, que haya para ellos una verdadera demanda. Esta demanda: ¿qué es aquello de lo que quieren ser desembarazados? Un síntoma”<sup>12</sup>.

Nos vemos conducidos a la cuestión del diagnóstico diferencial pero en lo relativo al dispositivo clínico en el cual se inscribe: entrevistas preliminares, entrevista clínica de “presentación de pacientes”, incluso control y supervisión. Ahora, al considerar el lugar del síntoma y su función en el diagnóstico debemos plantearnos o reformularnos estas preguntas: 1) ¿En nuestro campo existe el síntoma patognomónico, es decir, un síntoma que se encuentra solamente en una enfermedad determinada y que resulta suficiente para establecer el diagnóstico de una estructura o de un tipo clínico? 2) ¿Existen síntomas trans-clínicos? ¿Cómo establecer la diferencia entre los síntomas y los simples comportamientos clínicos, conductas o estados subjetivos? 3) ¿Otros fenómenos clínicos como la inhibición y la angustia pueden tener, para un determinado sujeto, un valor sintomático? 4) ¿Los síntomas no analíticos, los síntomas no constituidos pueden servir de referencia con miras a un diagnóstico de estructura?

11. Jacques Lacan, “Prefacio a la edición inglesa del *Seminario 11*”, en *Otros escritos* (Paidós: Buenos Aires, 2012), 601.

12. Jacques Lacan, “Conférences et entretiens dans des universités américaines”, en *Scilicet* 6/7 (1976): 32.

Demos un paso más en dirección a la cuestión del diagnóstico diferencial, y agreguemos, para ser precisos, en psicoanálisis. Para tomar esta cuestión de la manera más simple, diría que la noción de diagnóstico diferencial en psicoanálisis comporta la idea de zanjar sobre el “sujetamiento” del sujeto a una de las tres grandes estructuras clínicas. Naturalmente, la psicología clínica, especialmente cuando trabaja en la institución —desde el hospital psiquiátrico hasta las estructuras más flexibles en Francia, como los centros médico-psicológicos, CMP; los centros médico-psicológico-pedagógicos, CMPP o los centros de ayuda al trabajo, CAT—, se confrontan con un abanico de patologías más amplio que esas tres estructuras, especialmente en razón a la presencia de tipos clínicos como las demencias, las epilepsias, las oligofrenias, etc.

En la clínica psicoanalítica y en todas las prácticas clínicas que ordenan su acto en relación con su saber y su ética, el diagnóstico apunta, al mismo tiempo que la estructura clínica, a la posición del sujeto en cuanto es el sujeto quien está en cuestión en la experiencia.

La dificultad para el establecimiento de un diagnóstico está relacionada con la siguiente paradoja: dicho diagnóstico es necesario al comienzo de la experiencia, en la medida en que lo esencial de la dirección de la cura depende de él. Es por esto mismo que Freud introdujo el *análisis de ensayo* y Lacan sistematizó y formalizó las *entrevistas preliminares* que tienen por objetivo:

Cernir la demanda del sujeto.

- Hacer una primera exploración que permita identificar los síntomas, las preguntas del sujeto (sobre el sexo, la muerte, el padre, la existencia, etc.) y su relación con el acto.
- Obtener una “rectificación subjetiva”, una implicación subjetiva del paciente;
- Situar las relaciones del sujeto con el Otro y la puesta en funcionamiento del sujeto supuesto saber.

Pero, al mismo tiempo, y es por esto que existe una paradoja, el verdadero modo de sujetarse el sujeto a la estructura, no se devela realmente sino en la transferencia. A veces, hay que reconocerlo, incluso esta localización puede mostrarse insuficiente, lo que puede explicar desencadenamientos de psicosis muchos años después del comienzo de un análisis.

Si uno se atiene, entonces, a la perspectiva psicoanalítica del diagnóstico diferencial, es necesario, para cada caso, proceder, al menos teóricamente, en dos etapas:



- 1) La primera consiste en plantear un “diagnostico negativo”. En efecto, generalmente es más fácil decir lo que una cosa no es, que eso que es. Se puede proceder según la forma como se presenta el caso:
  - Diagnóstico negativo de psicosis, buscando metódicamente y sacando a la luz todos los elementos que contradicen la hipótesis de la psicosis.
  - O diagnóstico negativo de neurosis, recogiendo y ordenando todos los elementos que contrarían la hipótesis de la neurosis.

Este primer tiempo corresponde a una verdadera investigación de parte del analista; es incluso por esto que Lacan ha revivido en el campo del psicoanálisis ese término de *entrevista* que era de poco uso. Diría que esta investigación —que no compromete, todavía en este momento, al sujeto en la asociación libre— debe girar alrededor de sus relaciones con el Otro y con el goce:

- Relación con el significante, el modo de enunciación, la relación con los enunciados: creencia, duda, certeza, cuestionamiento, olvido, división, sutura, etc.;
  - Relación del sujeto con el Otro, especialmente con los Otros de la familia. Desde este punto de vista, la relación con el padre —con la instancia paterna, la ley, la autoridad, etc.—, los trazos de la neurosis infantil, el “paso a la adolescencia” , las condiciones y las incidencias del encuentro con el Otro sexo, dan con frecuencia indicaciones muy importantes;
  - Relación del sujeto con el goce —y también sus modos de retorno—, sea este intrusivo y persecutorio, o silenciosamente regulado por los más-de-goce en función en el fantasma.
- 2) La otra etapa concierne precisamente a los síntomas, cuya estructura siempre nos enseña sobre la estructura clínica, incluso si es necesario evitar tomarla como fiel reflejo de esta última cuando el síntoma no es, al menos en la neurosis, el signo de la división del sujeto entre saber y verdad. De otro lado, y esto está en el corazón de la cuestión que nos ocupa, algunos de los síntomas que encontramos en los sujetos son trans-clínicos.

Finalmente, es necesario ser sensible a las preguntas —que indexan el deseo y la pregunta del sujeto sobre el deseo del Otro—, a la angustia y al objeto en juego para él: objeto oral, anal, escópico, invocante. Las enseñanzas de la clínica psiquiátrica

clásica, y en particular sobre los fenómenos elementales, las nociones de automatismo mental, disociación, discordancia, etc., son muy importantes para el clínico, incluso si este hace un uso regulado, ajustado a la lógica del discurso analítico, es decir, privilegiando lo que dichas nociones tienen de estructural, incluso sin que se percate, especialmente su referencia implícita a la estructura del lenguaje y sus efectos sobre las formas de gozar del sujeto.

Solo después de haber realizado dicho diagnóstico negativo, es que uno puede aventurarse en un diagnóstico positivo de psicosis o de neurosis; es decir, encontrar y extraer los elementos positivos que fundan la hipótesis que podemos hacer, en tal caso, de una neurosis o de una psicosis, y no simplemente como en el primer tiempo, de una *no-psicosis* o a una *no-neurosis*.

Demos un paso más en la exploración de nuestro tema. Diré esto: se quiera o no, algo ha cambiado en la clínica, en la sociedad y la cultura, que alcanza a esa clínica. La cuestión es saber si estas modificaciones, cambios y rupturas se refieren o no a la dimensión de la estructura. Por ahora me quedaré a nivel de eso que es lo más simple, en razón de nuestra formación y de nuestras prácticas profesionales, a saber, la clínica. Una constatación sencilla: desde Freud se constata la multiplicación de entidades clínicas que no son otra cosa que síntomas de un malestar en la clínica, o de un malestar con el saber registrado en la clínica. No hablo ni del DSM, ni del CIE-10 o de la Organización Mundial de la Salud, OMS; me refiero directamente a las diferentes nociones producidas por los analistas: los “*has if*” —como si—, los *borderline*, los “estados límites”, las “psicosis frías”, la “psicosis blanca”, la “psicosis ordinaria”, etc. Cada una de estas nociones, a su manera, es propuesta como una solución o una alternativa a la problemática de la heterogeneidad de la neurosis y de la psicosis.

De otro lado, la clínica contemporánea está caracterizada por un cierto número de conductas, estados o comportamientos (depresión, toxicomanías, exclusión y marginalidad sociales), “desviaciones sexuales”, hiperactividad, “fobias escolares”, patologías del trabajo (estrés, acoso), etc. que toman el relevo sobre los síntomas clásicos, y son traídos ante todo como motivo de consulta.

Si se agrega a lo precedente la hipótesis de una incidencia de lo que Lacan denominó “discurso capitalista” —es decir, el tipo de organización que sustituyó al discurso del amo, y que está fundado sobre la *forclusión* de la castración = “rechazo de las cosas del amor”— sobre la subjetividad de nuestra época, sobre las formas de goce y, entonces, sobre los síntomas, no es de extrañar que las estructuras queden veladas por los fenómenos inducidos indirecta o directamente en acuerdo con fases con las órdenes y las prescripciones del Mercado y de la Ciencia. Sin olvidar los extravíos de los sujetos y de sus goces, ligados a la sociedad de mercado generalizado,



a la universalización del discurso de la ciencia, a la desaparición tendenciosa de las fronteras, de las naciones y las culturas.

El formato de un artículo no sería suficiente para presentar y extraer todas las consecuencias de esos cambios en la clínica y, en particular, en relación con la cuestión del diagnóstico y del lugar que en él ocupa la identificación y la aprehensión del síntoma; para esbozarlo y articularlo a las cuestiones fundamentales de la clínica psicoanalítica, decidí convocar e interrogar las dificultades diagnósticas planteadas por dos casos extraídos de mi práctica.

El primero es el de una joven que vino a consultarme algunos meses después de que terminó con éxito su diploma de psicología. Ella se había instalado en Francia un año antes, con su hijo de seis años a quien había criado sola y en medio de un aislamiento afectivo y social casi total. Si el trabajo intensivo que requirió su año de estudios la había sostenido y orientado, encontrarse sola con su hijo, sin trabajo y “desclasada”, simplemente la empujó hacia un real desmoronamiento.

Ciertamente, lo que ella puso de presente durante nuestras primeras entrevistas no fue su depresión; era una larga y pesada queja relativa a su aislamiento, a su exilio y sobre todo a las difíciles relaciones, a los límites del maltrato con respecto a su hijo. ¡Que condensaría en efecto este hijo! Es necesario decir que si ella se instaló en Francia, no fue solamente para huir de su país en guerra. A través del exilio ella buscaba una solución a los dolorosos problemas que la condujeron a anular el matrimonio que la unía al padre de su hijo. En efecto, este, que sufría de una psicosis maniaco-depresiva, abandonó una noche el domicilio conyugal después de una disputa. Luego de todas las búsquedas posibles e imaginables en su país —en ese momento en plena guerra civil y ocupado, al sur y al este, por ejércitos extranjeros— se llegó rápidamente a la conclusión de su desaparición. Y, a falta de cuerpo, por pedido de la familia de la paciente, la autoridad religiosa decidió la anulación pura y simple del matrimonio. De golpe, ella se encontró paradójicamente siendo soltera y joven-madre en una sociedad regida por normas sociales y religiosas muy rígidas. Solamente que lo que la autoridad religiosa deshizo, la existencia del hijo lo encarna en sentido propio, lo recuerda y lo conmemora. En el lugar del imposible duelo de su marido, una vez separada de los suyos y del estatus que le ofrecían, ella entra, si puedo decirlo así, en una depresión: retraimiento social, refugio en el sueño, llanto compulsivo, profundo sentimiento de desvalorización e, incluso, de disminución social. Como si fuese necesario pasar por la depresión para cumplir la separación y empezar nuevamente a vivir.

No voy a entrar en el detalle de este análisis, que durará doce años antes de que volviera a verme, pero esta vez debido a dificultades de otra naturaleza. Si este caso es

una depresión sobre el fondo de un difícil e imposible duelo, es lo que encontramos con frecuencia y lo que tiende, a mi juicio, a situar todas las depresiones del lado de una problemática de duelo, incluso a melancolizar a todos los deprimidos y a asimilar a quienes están de duelo con deprimidos.

Voy a referirme a otro caso en el cual el “síntoma” depresivo ocupa el primer plano, pero que plantea realmente un problema de diagnóstico diferencial neurosis/psicosis. Partamos de esto: tenemos toda la experiencia del caso cuyo diagnóstico es cómodo, tanto en razón de la claridad del cuadro clínico como de las modalidades de anudamiento del lazo transferencial. Todo acontece como en los libros; dichos casos tienden a instalarnos en el confort intelectual y la seguridad teórica. Pero mi experiencia me ha enseñado que, incluso estos casos aparentemente claros, no dejan de producir, a veces, sorpresas. Es necesario, en efecto, distinguir los casos en los cuales el diagnóstico cómodo del comienzo no se desmiente, de aquellos donde, tarde o temprano, será contradicho y puesto en cuestión por la emergencia del fantasma, el desarrollo de la transferencia, un cambio de posición en la existencia o la metamorfosis del síntoma. Señalemos igualmente los casos en donde el problema diagnóstico refiere menos a la estructura que al tipo clínico. Finalmente, existen los casos bien conocidos donde lo que es inaugural es verdaderamente la incertidumbre diagnóstica. Encontramos aquí también dos posibilidades: la primera se refiere a aquellos casos en los cuales la ligereza y la indeterminación diagnóstica del comienzo dan paso a un diagnóstico más firme y que, por otra parte, este último conlleva hacia un análisis propiamente dicho. O lo contrario, es decir, que el diagnóstico conduce el análisis a no comprometer el tratamiento en el sentido de una sumisión del sujeto a la regla fundamental y hacia una entrada en el discurso analítico.

La segunda posibilidad se refiere a los casos donde la incertidumbre diagnóstica, que jamás se borra, o acentúa la prudencia del analista, lo paraliza, o lo conduce al activismo y, muy a menudo y como consecuencia, lo fuerza a la ruptura del lazo. Es este último caso el que me interesa, tanto porque yo tuve la experiencia —pienso, en efecto, que es tan importante reflexionar sobre los análisis conducidos efectivamente, como intentar despejar las razones por las cuales, a veces, fracasamos en establecer o mantener el lazo analítico—, como porque me permite formular el problema que quiero plantear a través de este texto. Así, pues, este caso me permitirá aproximar esta ocurrencia y poner a punto la discusión teórica que deseo introducir.

Un hombre de cuarenta y tres años me fue enviado por una colega que ejercía como psicoterapeuta, y que se había embrollado en la dirección de la cura, según ella, en razón de su ignorancia sobre la “cultura” del paciente. Mucho después supe que esa psicoterapia fue iniciada por la esposa de este hombre —es decir, que fue ella, y no



él, la paciente de dicha psicoterapeuta— y que los lazos evolucionaron rápidamente hacia relaciones de amistad entre las parejas.

Es así como Raymond llega donde mí, en un estado de depresión profunda y gran sufrimiento. Experimenta el sentimiento de encontrarse en un *impasse*, primero que todo conyugal. Él se siente prisionero de la familia de su esposa, cuyos padres están muy presentes en su vida. Su mujer y él, en efecto, han construido su casa en el terreno de la familia, al lado de la casa de sus suegros y de los locales de la empresa familiar donde su esposa ejerce como contadora. Luego, *impasse* profesional: desde que pidió un cambio de puesto, R. vive con dificultad las relaciones con sus colegas en la oficina de estudios donde trabaja. Anteriormente, se ocupaba del mantenimiento de los productos vendidos por el constructor que lo empleaba, lo que lo condujo a realizar múltiples desplazamientos y, como consecuencia, a llevar una caótica vida de familia.

Estos *impasses* se desprenden de un fondo de enfermedad que, para simplificar, llamaría “de identidad”. Todas sus dificultades, tanto las del trabajo como las familiares, están directamente o indirectamente ligadas al hecho de ser negro. Nacido en un país africano a comienzos de la década de los años cincuenta —se trata para entonces de un país colonial— de padres mestizos originarios de una isla cercana de lengua portuguesa, R. estuvo confrontado a la cuestión racial. Él no era ni negro ni blanco —sino “sangre mezclada”— en un país de negros dominado por blancos. Su padre, de nacionalidad francesa, vivía en un barrio africano. A los tres años, la vida de R. cambia: su madre se enamora de un hombre, se deja seducir por este y abandona a su marido, al niño y a su pequeña hermana de tan solo dos años, apenas destetada. Este acontecimiento determina en él un desprecio y un odio feroz, no solamente por su madre, sino por todas las mujeres. Educado únicamente por su padre, solo tendrá noticias de su madre cuando ella se presenta un día a la salida de la escuela. Prevenido desde hacía tiempo por el discurso de su padre, él la rechaza, y no volverá a verla sino muchos años después, a los trece años, a la muerte de su padre, situación que los constriñe a volver a vivir juntos.

Después de numerosas y difíciles sesiones donde habla entre llanto, cólera y abatimiento, R. intenta reconstruir su doloroso pasado. Se desprenden de aquí, principalmente, cuatro asuntos:

- Una figura del padre dividido entre el ser protector, al cual R. estaba sometido y a quien reconocía, de un lado y, del otro, el músico “gozador”, bebedor y seductor, que exponía a sus ojos su derroche y por el cual él no sentía entonces sino desprecio.

- A este padre se opone otra figura masculina, la del propietario senegalés de la concesión en la cual aquel era arrendatario. Dicho hombre —negro, musulmán, “severo y austero pero justo, recto y que inspiraba respeto”— a quien el debía todo; de él y de su familia lo había aprendido todo, especialmente los valores esenciales con los cuales se orientaba en la vida. De entrada, es esta figura del Otro la que comencé a encarnar en la transferencia, lo cual produjo un efecto de pacificación rápido y real en razón, sin duda, de la emergencia de un espacio libre del conflicto racial imaginario.
- Dos recuerdos, que son a su vez escenas de goce: el primero se refiere a una situación donde su padre está en conflicto con un hombre blanco. La disputa degenera en golpes. El padre se hace golpear duramente, quedando en el suelo bajo su adversario. El segundo refiere a una escena de violación ejercida por R. sobre su hermana —cuando tenían respectivamente 8 y 6 años—, a propósito de la cual dice no sentir remordimientos, ni pena, ni culpabilidad. Sin embargo, conviene agregar que a partir de aquí R. toma una distancia radical con relación al Otro sexo. El sexo femenino se convirtió para él, radicalmente, en el sexo extranjero. R. vivió toda su adolescencia y su post-adolescencia sin relaciones amorosas, y esto hasta el fin de sus clases en la universidad.

Al cabo de dos años en medio del trabajo analítico, R. reanuda el lazo con su hermana y acepta ir a visitar la tumba de su madre, muerta cuatro años atrás, y a cuyas exequias no había querido asistir. A nivel familiar, pudo oponerse a la familia de su esposa, en particular a su suegro, y organizar la vida con sus hijos en relativa independencia respecto del “clan”.

Dos asuntos inquietantes permanecen: de un lado, las dificultades en el trabajo y, de otro, algo que tomé por un síntoma perverso transitorio, es decir, una suerte de compulsión a visitar y mirar sitios pornográficos en internet, lo que tiene por consecuencia facturas telefónicas elevadas y conflictos frecuentes con su esposa.

Sobreviene entonces un episodio depresivo severo. Una noche, hacia las 9 p. m., hora de nuestra cita habitual, R. me llama para expresarme su gratitud por el trabajo realizado conmigo y para informarme acerca de su decisión de poner fin a su vida, en su oficina, en donde se había encerrado. Después de más de dos horas de discusión por teléfono, le digo que iría a buscarlo en mi auto. Queda sacudido, explota en llanto, se excusa y se compromete a regresar a su casa.

Algunos días más tarde acepta una corta estadía en una clínica al tiempo que continúa, durante el día, viniendo a sus sesiones. Es entonces cuando él se da cuenta



de lo que le resulta insoportable en las relaciones jerárquicas, en las cuales se encuentra inmerso en su trabajo: estar bajo el mando de un hombre blanco, como su padre lo estuvo en el curso de la discusión aquella vez... R. no admitirá ir más allá de ese punto de horror para él. Negociará con su empresa una formación y una reorientación —buscando convertirse en un consultor independiente—, e interrumpe su análisis.

Después del fin prematuro de este análisis, me vi llevado a reflexionar mucho sobre la hipótesis diagnóstica que formulé en ese momento: debo decir que oscilé entre hipótesis bastante alejadas unas de las otras: de la melancolía a la neurosis histérica. Pero ahora, lo que me parece importante en el fondo es que, detrás de la cuestión del diagnóstico y más allá de la nosografía y del “*performance* clínico”, existen problemas reales y verdaderas apuestas para el psicoanálisis. Los condensaré en dos puntos.

El primer punto, que es de orden práctico, lo enuncio en forma de pregunta: ¿en qué medida un analista puede autorizarse a emprender una cura fuera e independientemente de toda hipótesis diagnóstica? Dicho de otra manera, ¿la dirección de la cura puede sostenerse fuera e independientemente de tal hipótesis? El segundo punto es menos una pregunta que una constatación: las hipótesis diagnósticas son relativas, dependen de la doctrina, incluso de la lectura y de la interpretación particular que el analista hace al respecto.

Es a este punto que podría ser reconducida la cuestión de la doctrina a partir de la cual establecemos nuestras hipótesis diagnósticas, así como sus fundamentos. Parecería que esta doctrina, llamada estructural o estructuralista, es la que conduce a las tres estructuras fundamentales —neurosis, psicosis y perversión—, es decir, a los tipos de “sujetamiento” del *serhablante* a la estructura del lenguaje. ¿Por qué nos resulta preciosa y siempre útil a pesar de los cambios de los que he dado cuenta y que no podemos ignorar a riesgo de caer en la negación de la historia y de sus incidencias sobre los modos de subjetivación?

El concepto de síntoma, tal como queda esclarecido en su estatuto y función en la última enseñanza de Lacan, me parece constituir la clave de la elucidación.

## BIBLIOGRAFÍA

- FOCAULT, MICHEL. *El nacimiento de la clínica*. México D. F.: Siglo XXI, 1991.
- FREUD, SIGMUND. “De la historia de una neurosis infantil” (caso del “Hombre de los lobos”). En *Obras completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- FREUD, SIGMUND. “Sobre psicoterapia”. En *Obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
- FREUD, SIGMUND. “Sobre la iniciación del tratamiento”. En *Obras completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

- FREUD, SIGMUND. «Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”». En *Obras completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- FREUD, SIGMUND. “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (1905). En *Obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- FREUD, SIGMUND. «A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el “Hombre de las ratas”)» (1909). En *Obras completas*, vol. X. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- FREUD, SIGMUND. “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina”. En *Obras completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- FREUD, SIGMUND. “Estudios sobre la histeria”. En *Obras completas*, vol. II. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- FREUD, SIGMUND. Laplanche, Jean y Pontalis, J.-B. *Métopsychoanalyse*. Paris: PUF, 2010.
- JONES, ERNEST. *La vie et l'œuvre de Freud*, t. II. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.
- LACAN, JACQUES. “Conférences et entretiens dans des universités américaines”. En *Scilicet* 6/7 (1976): 32.
- LACAN, JACQUES. *El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964). Buenos Aires: Paidós, 1990.
- LACAN, JACQUES. “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*”. En *Otros escritos*. Paidós: Buenos Aires, 2012.
- LACAN, JACQUES. “Prefacio a la edición inglesa del *Seminario 11*”. En *Otros escritos*. Paidós: Buenos Aires, 2012.
- LACAN, JACQUES. *Seminario 22. R.S.I.* Inédito. Folio Views - Bases documentales, versión digital.
- Entrevista sobre la nosografía, en Jacques Bouhsira y Laurent Danon-Boileau, “Nosografía psicoanalítica, monografías y debates de psicoanálisis”. En *Revue française de psychanalyse*, Paris: PUF, 2011.



