

LAS DIFICULTADES PARA DELIMITAR EL SÍNTOMA NEURÓTICO

DIFFICULTIES IN THE DELIMITATION OF THE NEUROTIC SYMPTOM

Thompson, Santiago¹; Frydman, Arturo²; Mordoh, Edmundo³; Gurevicz, Mónica⁴; Lombardi, Gabriel⁵

RESUMEN

El presente trabajo intenta describir las variables que definen al diagnóstico en psicoanálisis, centrándose particularmente en las dificultades que se presentan en cuanto a la delimitación del síntoma en la neurosis. Para ello se toman como referencia las elaboraciones de Sigmund Freud y Jacques Lacan relativas al tema. Se distinguen, en esta vía, los efectos propios del trabajo defensivo frente al mismo síntoma, la ausencia de ruptura entre el síntoma y el reconocimiento narcisístico (necesaria para que el síntoma sea abordable analíticamente) y las dificultades propias del fenómeno transferencial.

Palabras clave:

Psicoanálisis - Diagnóstico - Síntoma - Neurosis

ABSTRACT

The present study tries to describe the variables that determine the diagnosis in psychoanalysis, focusing particularly on the difficulties that arise in regard to the neurosis symptom's delimitation. The authors try to accomplish this on the basis of the works of Sigmund Freud and Jacques Lacan about this topic. In this way, the effects of the defensive work facing up to the symptom are distinguished, as well as the absence of rupture between the symptom and the narcissistic recognition required for the symptom to be analytically accessible. At last, the difficulties derived from the transference phenomenon are also recognized.

Key words:

Psychoanalysis - Diagnosis - Symptom - Neurosis

¹ Becario de Maestría por el Proyecto PO43 UBACyT 2004-7. Docente de la Cátedra Clínica de Adultos I, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Integrante del Área de Extensión de la Cátedra.

² Profesor Adjunto Regular de la Cátedra Clínica de Adultos I, Facultad de Psicología. UBA.. Co-Director de la Investigación PO43 UBACyT 2004-7.

³ Docente de la Cátedra Clínica de Adultos I, Facultad de Psicología, UBA. Integrante del Área de Extensión de la Cátedra. Investigador Tesista en el Proyecto P043 UBACyT 2004-7. Becario de Maestría UBACyT 2003-2005.

⁴ Docente de la UBA, Facultad de Psicología: Ayudante de Primera de la Cátedra Clínica de Adultos I. Jefe de Trabajos Prácticos del Área de Extensión: Responsable operativa del Programa de asistencia clínica de adultos de la Facultad de Psicología. Investigador de apoyo, Proyecto UBACyT PO43.

⁵ Profesor Regular de la Cátedra Clínica de Adultos I, Facultad de Psicología, UBA. Director de la Investigación P043 UBACyT 2004-7. A.M.E. de la Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano.

INTRODUCCIÓN

Nos propusimos como objetivo de nuestra investigación indagar la factibilidad, las características y los efectos del proceso diagnóstico psicoanalítico. Para ello hemos tomado como base la actividad clínica del equipo del Programa de asistencia clínica de adultos de la Facultad de Psicología.

La metodología del trabajo de campo consistió en relevar los datos pertinentes a nuestra investigación a través de instrumentos aplicados no sólo a la población que se atiende, sino también al conjunto de profesionales que los recibe.

Intentamos aquí responder a uno de los objetivos específicos que nos hemos planteado: “describir las variables que definen al diagnóstico psicoanalítico”.

En el transcurso de las presentaciones clínicas, y en el examen que los grupos de investigación han realizado sobre las historias clínicas del mencionado servicio, se ha hecho evidente la embarazosa situación con la que se enfrenta en ocasiones el analista al no poder precisar un diagnóstico sobre bases firmes.

Es habitual constatar que en un primer tiempo del tratamiento el analista puede arribar a un diagnóstico presuntivo, el cual se enuncia en términos aproximativos: *parece* una neurosis, *parece* una histeria, *parece* una perversión.

Sin embargo, la dificultad estriba en el pasaje de este diagnóstico primario a dar cuenta de lo decisivo del caso clínico para el diagnóstico psicoanalítico: la delimitación del síntoma.

Y es esta la razón que motiva el presente trabajo: **cernir cuales son los impedimentos para la identificación del síntoma**, centrándonos en las neurosis.

Partimos del supuesto de que, aunque de más difícil aplicación, la ventaja mayor del diagnóstico psicoanalítico sobre la grilla clasificatoria del DSM IV es que permite ubicar la participación inconsciente del sujeto en la creación y sostén de su síntoma. Esa participación es distinta en las neurosis, en las perversiones, en las psicosis y en los distintos tipos de configuraciones típicas de síntomas en que se pueden subdividir estas categorías. Es esa toma de posición a su vez la que permite orientar la intervención del analista.

El diagnóstico en psicoanálisis no consiste entonces en una mera ubicación clasificatoria, sino en un proceso en el que el paciente cambia su actitud ante el padecer. El eje del procedimiento y de su eficacia sigue siendo freudiano. Por eso vale la pena volver a “Recordar, repetir, reelaborar”, donde leemos:

“La introducción del tratamiento conlleva, particularmente, que el enfermo cambie su actitud conciente frente a la enfermedad. Por lo común se ha conformado con lamentarse de ella, despreciarla como algo sin sentido, menospreciarla en su valor, pero en lo demás ha prolongado frente a sus exteriorizaciones la conducta represora, la política del avestruz, que practicó

contra los orígenes de ella. Puede suceder entonces que no tenga noticia formal sobre las condiciones de su fobia, no escuche el texto correcto de sus ideas obsesivas o no aprehenda el genuino propósito de su impulso obsesivo. Para la cura, desde luego, ello no sirve. Es preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad. Ya no tiene permitido considerarla algo despreciable; más bien será un digno oponente, un fragmento de su ser que se nutre de buenos motivos y del que deberá espigar algo valioso para su vida posterior.” (Freud 1914, 154).

Se desprende de esta observación freudiana que la posición subjetiva respecto del síntoma tiene consecuencias directas respecto de aquello que el enfermo puede decir de su propio padecimiento.

Estas se evidencian en un no saber, que implica no tener noticia formal, debido a no escuchar y por lo tanto no aprehender los elementos que dan cuenta de su padecer. El neurótico, al no saber decir de qué padece, presenta con una modalidad *indeterminada* la descripción de sus motivos de consulta: *no puedo salir a la calle, vivo angustiado por que algo malo puede pasarle a mis hijos, tengo problemas para relacionarme*, etc. Ninguno de estos dichos nos aproximan al síntoma, considerado como tal en los términos rigurosos en que Freud lo exige. Apreciemos como elabora la pregunta “¿Cuál es el síntoma?” a propósito del caso del “pequeño Hans”:

“Hace falta algún trabajo para orientarse y reconocer la moción reprimida, su sustituto-síntoma, y el motivo de la represión.”

La orientación clínica no es sin trabajo. El síntoma, definido como el resultado de la represión y sustituyendo una satisfacción pulsional, no es algo manifiesto ni evidente: su reconocimiento requiere de la dilucidación del analista a lo largo del proceso de la cura.

“El pequeño Hans se rehúsa a andar por la calle porque tiene angustia ante el caballo. Esta es nuestra materia en bruto.”

El estatuto que da Freud al decir inicial es el de una materia en bruto que tendrá que procesarse partir de las preguntas que guían nuestra elaboración.

“Ahora bien, ¿cuál es ahí el síntoma: el desarrollo de angustia, la elección del objeto de la angustia, la renuncia a la libre movilidad o varias de estas cosas al mismo tiempo? ¿Dónde está la satisfacción que él se deniega? ¿Por qué tiene que denegársela?”

Y el camino indicado es el trayecto de va desde el material en bruto a la expresión efectiva del síntoma.

“Se estará tentado de responder que yendo al caso mismo las cosas no son tan enigmáticas. La incomprendible angustia frente al caballo es el síntoma; la incapacidad para andar por la calle, un fenómeno de inhibición, una limitación que el yo se impone para no provocar el síntoma-angustia. Se entiende sin más que la explicación del segundo punto es correcta, y esa

inhibición se dejará fuera de examen para lo que sigue. Pero el primer conocimiento fugitivo que tomamos del caso ni siquiera nos enseña cuál es la expresión efectiva del supuesto síntoma.”

El trabajo se basa en *escuchar detenidamente* lo que queda oculto a la conciencia y se disfraza bajo la máscara de lo indeterminado.

“Se trata, como lo averiguamos tras escuchar más detenidamente, no de una angustia indeterminada frente al caballo, sino de una determinada expectativa angustiada: el caballo lo morderá. Ocurre que este contenido procura sustraerse de la conciencia y sustituirse mediante la fobia indeterminada, en la que ya no aparecen más que la angustia y su objeto. ¿Será este contenido el núcleo del síntoma?” (Freud 1926, 97)

El recorrido parte de una descripción genérica inicial y arriba a la expresión efectiva del síntoma. La pregunta por el núcleo del síntoma deja al descubierto la insuficiencia de la precisión adquirida en el camino.

Frente a los evidentes escollos que presenta el proceso diagnóstico, distinguimos dos modalidades en las que las dificultades se evidencian:

- Los efectos propios del trabajo defensivo frente al mismo síntoma.
- La ausencia de la ruptura entre el síntoma y el reconocimiento narcisístico, necesaria para que el síntoma sea abordable analíticamente.

A las anteriores se agregan las dificultades propias del fenómeno transferencial.

A continuación intentaremos describir cada una de estas modalidades, así como la lógica en que confluyen.

LA NEUROSIS, MÁSCARA DEL SÍNTOMA

¿Qué entendemos por neurosis? ¿Es equivalente a la formación del síntoma? En primer lugar, si seguimos a Freud, no cabe duda que podemos definirla como la resultante de un conflicto entre instancias. Y que podemos entender a la neurosis más bien como una posición del sujeto respecto al síntoma:

“las neurosis de transferencia se generan porque el yo no quiere acoger ni dar trámite motor a una moción pulsional pujante en el ello, o le impugna el objeto que tiene por meta. En tales casos, el yo se defiende de aquella mediante el mecanismo de la represión; lo reprimido se revuelve contra ese destino y, siguiendo caminos sobre los que el yo no tiene poder alguno, se procura una subrogación sustitutiva que se impone al yo por la vía del compromiso: es el síntoma. El yo encuentra que este intruso amenaza y menoscaba su unicidad, prosigue la lucha contra el síntoma tal como se había defendido de la moción pulsional originaria, y todo esto da por resultado el cuadro de la neurosis.”

(Freud 1924, 155-156)

Los retornos del proceso represivo tienen la característica de un cuerpo extraño, se manifiestan como una ajenidad que hace fracasar la ilusión de unidad subjetiva, dando lugar a una lucha que aspira a restaurar la supuesta integridad perdida.

Entonces, el síntoma es el resultado de una defensa contra una determinada modalidad de satisfacción pulsional, es ya una defensa contra el goce. Pero esta defensa no es suficiente para la conformación de una neurosis. Un segundo paso consiste en la defensa que erige el yo respecto del síntoma. La neurosis se estructura, por lo tanto, como una defensa contra el síntoma. Esta modalidad de afrontamiento del síntoma es situada por Lacan como lo característico de la neurosis. Dice en 1956:

“(…) lo reprimido se expresa de todos modos, siendo la represión y el retorno de lo reprimido una sola y única cosa. El sujeto, en el seno de la represión, tiene la posibilidad de arreglárselas con lo que vuelve a aparecer. Hay compromiso. Esto caracteriza a la neurosis, es a la vez lo más evidente del mundo y lo que menos se quiere ver.” (Lacan 1956, 126)

La neurosis es caracterizada como una forma de arreglárselas con el síntoma, modalidad que podemos oponer al destino que Lacan propone para el síntoma en un análisis: un “saber hacer” con el síntoma.

Mientras que “arreglárselas con el retorno de lo reprimido” implica acomodarse a ello, el “saber hacer” con el síntoma conlleva no sólo un consentimiento, sino los actos devenidos a partir de asumir esa modalidad de goce, la “nueva modalidad de la satisfacción pulsional” (Freud 1917a, 326) que suponemos en la base de la formación del síntoma.

Tal diferencia es correlativa de la “toma de una nueva decisión” que Freud ubica como la operación con el síntoma en la terapia analítica. Una decisión distinta de la represión.¹

La defensa contra el síntoma puede tener como resultado, en el campo de la conducta, lo que a partir de 1920 se presentó como un fenómeno que dio lugar a distintas desviaciones de la práctica analítica. Nos referimos a las así denominadas “alteraciones de carácter” cuyo valor de obstáculo al develamiento del síntoma es explicitado por Freud en 1916:

“Cuando el médico lleva a cabo el tratamiento psicoanalítico de un neurótico, su interés en modo alguno se dirige en primer término al carácter de este. Mucho más le interesa averiguar el significado de sus síntomas, las mociones pulsionales que se ocultan tras ellos y que por su intermedio se satisfacen, y las estaciones del secreto camino que ha llevado de aquellos deseos

¹ “El cambio decisivo para el buen desenlace consiste en que se elimine el circuito de la represión en este conflicto así renovado, de suerte que la libido no pueda sustraerse nuevamente al yo mediante la huida al inconciente.” (Freud 1917b, 414)

pulsionales a estos síntomas. Pero la técnica que le es forzoso obedecer lo obliga pronto a dirigir su apetito de saber primeramente a otros objetos. Nota que su investigación es puesta en peligro por resistencias que el enfermo le opone, y le está permitido imputar tales resistencias al carácter de este. Y entonces ese carácter cobra primacía en cuanto a su interés.

Eso que se muestra renuente al empeño del médico no siempre son los rasgos de carácter que el enfermo confiesa y le son atribuidos por quienes lo rodean. Hartas veces se acrecientan hasta una intensidad insospechada propiedades del enfermo que el parecía poseer sólo escasamente, o salen en él a la luz actitudes que no se habían traslucido en otros vínculos de la vida.” (Freud 1916, 317).

Como unas tales alteraciones de carácter pueden leerse las descripciones de las conductas histérica y obsesiva que Lacan realiza en 1958. Allí destaca, en la obsesión, su necesidad de alienarse en la vía de la imposibilidad de la realización del deseo, su tendencia a degradar el deseo a la demanda y a la estructura de la hazaña obsesiva. Mientras que resalta en la histeria la necesidad de crearse un deseo insatisfecho como modo de sostenerse en cuanto sujeto ante el Otro.

Por esta vía, el síntoma es asimilado por el sujeto. Conlleva entonces la implicación del sujeto en su conducta. Lacan da cuenta de este obstáculo y de la necesidad de romper la implicación del sujeto en su conducta, para poder atrapar por medio de la escucha “lo no asimilado del síntoma”:

“El síntoma solo queda constituido cuando el sujeto se percata de él, porque sabemos por experiencia que hay formas de comportamiento obsesivo en las que el sujeto no solo no ha advertido sus obsesiones, sino que las ha constituido como tales. En este caso, el primer paso del análisis (...) es que el síntoma se constituya en su forma clásica, sin lo cual no hay modo de salir de él, porque no hay modo de hablar de él, porque no hay modo de atrapar al síntoma por las orejas. ¿Que es la oreja en cuestión? Lo que podemos llamar lo no asimilado del síntoma, no asimilado por el sujeto” (Lacan 1963, 302-303)

LA NEUROSIS (DE TRANSFERENCIA), MÁSCARA DE LA NEUROSIS

Es un hecho que la demanda, dirigida a un Otro que supuestamente sabe sobre el padecer, se presenta con toda regularidad en una encrucijada vital en la que una contingencia lleva al fracaso de la defensa neurótica. Es preciso que el padecimiento del síntoma se torne insoportable para que se precipite la demanda sufriente, y es también comprobable que dicha demanda constituye ya una forma de arreglárselas con tal fracaso.

Freud da cuenta del obstáculo que, para la cura, resulta paradójicamente la cura misma:

“El enfermo busca la satisfacción sustitutiva sobre todo en la cura misma, dentro de la relación de transferencia con el médico, y hasta puede querer resarcirse por este camino de todas las renuncias que se le imponen en los demás campos” (Freud 1919, 159).

La transferencia deviene, ella misma, una defensa contra la neurosis. Y, librada a su decurso, amenaza convertirse en *la* solución.

La operación del analista que Freud propone se basa en lo que enuncia como un principio soberano para la práctica analítica: el principio de abstinencia. Este consiste en “mantener el estado de privación” (Freud 1919, 158) en la cura, prevención indispensable para no reducir la fuerza pulsional que impulsa el tratamiento.

“el paciente enfermó a raíz de una frustración {Versagung} y (...) sus síntomas le prestan el servicio de unas satisfacciones sustitutivas. En el curso del análisis pueden observar que toda mejoría de su padecer aminora el *tempo* del restablecimiento y reduce la fuerza pulsional que esfuerza hacia la curación. Ahora bien, no podemos renunciar a esta fuerza pulsional; su reducción sería peligrosa para nuestro propósito terapéutico.” (Freud 1919, 158).

Lacan da cuenta también de este peculiar obstáculo: “por nuestra presencia, y en cuanto que escuchamos al paciente (...) somos nocivos” (Lacan 1958, 438) advierte en su seminario dedicado a las formaciones del inconsciente. Años más tarde, precisa:

“Lo que surge en el efecto de transferencia se opone a la revelación. El amor interviene en su función aquí revelada como esencial, la del engaño. El amor, sin duda, es un efecto de transferencia, pero es su faz de resistencia. Los analistas, para poder interpretar, tienen que esperar que se produzca este efecto de transferencia, y, a la vez, saben que hace que el sujeto se cierre al efecto de la interpretación. El efecto de alienación en el que se articula, en la relación del sujeto con el Otro, el efecto que nosotros somos, se manifiesta aquí con toda claridad.” (Lacan 1964a, 261)

La transferencia, incluso positiva, tanto para Freud como para Lacan se presentifica como un obstáculo para la develamiento del síntoma. La operación que propone Lacan como salida no es otra que la del deseo del analista, al que define como “el que en último término opera en el psicoanálisis” (Lacan 1964b, 833).

A su vez, la transferencia es ya una máscara del síntoma, instaurando una nueva neurosis sobre la primitiva: la neurosis de transferencia ¿defensa entonces contra la neurosis primitiva?

Por definición, la neurosis de transferencia conspira contra la manifestación sintomática:

“Toda la libido, así como toda resistencia contra ella, converge en una única relación, la relación con el médico; es inevitable entonces que los síntomas queden despojados de libido. En lugar de la enfermedad propia del paciente, aparece la de la transferencia, producida

artificialmente: la enfermedad de la transferencia; en lugar de los diversos tipos de objetos libidinales irreales, aparece un único objeto, también fantaseado: la persona del médico.” (Freud 1917b, 414) (las cursivas son nuestras).

El dispositivo analítico, por otra parte, da lugar a un particular modo de arreglárselas con la neurosis: la indeterminación subjetiva. De la racionalización de la patología, efecto de la defensa contra el síntoma, el sujeto suele pasar a hacer gala de la “falta en ser”, permitiéndose la postergación de algunas definiciones vitales. Tal indeterminación, alojada por el dispositivo, corre el riesgo de eternizarse.

El ejemplo paradigmático de esta posición subjetiva sostenida en la transferencia es el caso freudiano conocido como el “Hombre de los Lobos”, en el cual es evidente la dificultad freudiana para precisar el síntoma, correlativa del estatuto de *tratamiento de ensayo* que le asigna a los primeros tres años y medio del tratamiento.

EL TRASTORNO, MASCARA DE LA NEUROSIS

Sin embargo la neurosis aparece muchas veces bajo una máscara que hace particularmente arduo el proceso diagnóstico. No se trata ya de la queja respecto de una conducta molesta, o de la afirmación de un “carácter”, sino de una demanda que hace de la enfermedad algo tan ajeno al sujeto como un cuadro gripal. Modalidad que ya advertía Freud: el sujeto trata a su enfermedad como “una suerte de «señorita forastera». Uno no sabe de dónde vino, y por eso espera que un buen día haya de desaparecer” (Freud 1913, 130).

Para ello, requiere sin embargo de Otro, que sancione su autodiagnóstico, muchas veces tomado de las vías discursivas imperante (no son pocos lo que acuden a nosotros presentándose como “*teniendo una depresión*”). Un Otro que además le entregue “la receta” (muchas veces las comillas están de más) para deshacerse de la “señorita forastera”. Se trata de quien se presenta como alguien “afectado por un trastorno”. Su perfil, por más aires de novedad que nos inspire, fue ya trazado por Lacan en 1953, cuando describe al “sujeto que pierde su sentido en las objetivaciones del discurso” (Lacan 1953, 270). Dice en sus *Escritos*:

“es ésta la enajenación más profunda del sujeto de la civilización científica y es ella la que encontramos en primer lugar cuando el sujeto empieza a hablarnos de él (...). Para darle una formulación ejemplar, no podríamos encontrar terreno más pertinente que el uso del discurso corriente, haciendo observar que el “ce suis-je” [esto soy] de tiempos de Villon se ha invertido en el “c’ est moi” [soy yo; literalmente, “esto es yo”] del francés moderno.”

La mínima enunciación del sujeto respecto de su padecimiento basta para que nos revele la posición que sostiene ante lo que lo aqueja. Tal posición no es otra que

la del “alma bella”:

“El yo del hombre moderno ha tomado su forma (...) en el callejón sin salida dialéctico del “alma bella” que no reconoce la razón misma de su ser en el desorden que denuncia en el mundo.”

A continuación, Lacan señala las vías por las cuales el discurso de la ciencia extravía a nuestros trastornados modernos:

“Pero una salida se ofrece al sujeto para la resolución de este callejón sin salida donde delira su discurso. La comunicación puede establecerse para él validamente en la obra común de la ciencia y en los empleos que ella gobierna en la civilización universal; esta comunicación será efectiva en el interior de la enorme objetivación constituida por esa ciencia, y le permitirá olvidar su subjetividad. Colaborará eficazmente en la obra común en su trabajo cotidiano y llenará sus ocios con todos los atractivos de una cultura profusa que, desde la novela policíaca hasta las memorias históricas, desde las conferencias educativas hasta la ortopedia de las relaciones de grupo, le dará ocasión de olvidar su existencia y su muerte, al mismo tiempo que de desconocer en una falsa comunicación el sentido particular de su vida.”

Una objetivación de la comunicación, entonces, que Lacan denomina “un muro de lenguaje”, y que opera favoreciendo el desconocimiento de la causalidad subjetiva:

“Aquí es un muro de lenguaje el que se opone a la palabra, y las precauciones contra el verbalismo que son un tema del discurso del hombre “normal” de nuestra cultura, no hacen sino reforzar su espesor.”

No caben dudas que, desde entonces, se han multiplicado sus condiciones de producción. Nos propone, al respecto, una investigación estadística cuyos resultados, en la “era de las comunicaciones”, no pueden sino ser abrumadores:

“No sería vano medir éste” [el espesor del muro del lenguaje] “por la suma estadísticamente determinada de los kilogramos de papel impreso, de los kilómetros de surcos discográficos y de las horas de emisión radiofónica que la susodicha cultura produce por cabeza de habitante en las zonas A, B y C de su área. Sería un bello objeto de investigación para nuestros organismos culturales, y se vería así que la cuestión del lenguaje no está contenida toda ella en el área de las circunvoluciones donde su uso se refleja en el individuo.” (Lacan 1953, 270-271)

Nos bastaría agregar al listado los terabytes que soporta nuestro ciberespacio para que la suma sea, virtualmente, infinita.

EL PROCESO DIAGNÓSTICO

Se hacen evidentes las dificultades que presenta el proceso diagnóstico. Pero, finalmente, ¿a qué llamamos “*proceso diagnóstico*” en el campo del psicoanálisis?

Consiste, desde nuestra perspectiva, en el trabajo por el que el analista se ubica en el campo transferencial del paciente, para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece. El resultado del proceso no es solamente una etiqueta o código diagnóstico, sino una puesta en forma del síntoma en un vínculo transferencial, que supone al menos una experiencia del inconsciente. El síntoma no es algo ya dado al comienzo del proceso, sino que se completa en la transferencia, incluyendo al analista como uno de sus componentes: aquel a quien el síntoma en tanto mensaje inconsciente está dirigido. En el proceso diagnóstico intervienen ya los efectos del dispositivo y de la intervención psicoanalítica, en la medida en que esos efectos hacen posible una formulación más explícita del padecimiento subjetivo.

TEXTOS CITADOS Y BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 146-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En *Obras Completas*, Vol. XIV (pp. 314-339). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917a). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En *Obras Completas*, Vol. XVI (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917b). 28ª Conferencia. La terapia analítica. En *Obras Completas*, Vol. XVI (pp. 408-421). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*, Vol. XVII (pp. 151-163). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924). Neurosis y Psicosis. En *Obras Completas*, Vol. XIX (pp. 150-159). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Vol. XIX (pp. 71-174). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I* (pp. 227-310). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1956). El fenómeno psicótico y su mecanismo. En *El Seminario. Libro 3: Las Psicosis* (pp. 107-128). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958). *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1963). *El Seminario. Libro 10. La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964a). *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964b). Del trieb en Freud y del deseo del psicoanalista. En *Escritos I* (pp. 830-833). México: Siglo XXI.

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 26 de abril de 2006