

El diagnóstico: conflicto y transferencia

Dr. Néstor Aliani¹

Resumen:

El presente ensayo introduce las condiciones de una posible práctica del diagnóstico psicoanalítico en el campo de la salud mental. Primero ubica las condiciones históricas del diagnóstico en la psiquiatría moderna. Luego presenta las tensiones propias de la práctica clínica psicoanalítica en relación a: la singularidad subjetiva, la transferencia, el acto clínico, el conflicto psíquico, la interpretación y la repetición. Finalmente ubicamos las circunstancias de un diagnóstico en transferencia y los alcances de este.

Palabras Claves:

Diagnóstico, Transferencia, Conflicto psíquico, Singularidad, Acto analítico.

Abstract:

This essay introduces the conditions of a possible practice of psychoanalytical diagnose in mental health's field. First situates the historical conditions of diagnose in modern psychiatry. Then presents the typical stress of clinical psychoanalytical practice itself related to: subjective singularity, transference, clinical act, psychical conflict, interpretation and repetition. Finally we situate the circumstances of a diagnose in transference and its reaches.

Keywords:

Diagnose, Transference, Psychical Conflict, Singularity, Clinical Act

¹ Docente Titular de Psicopatología I y Profesor Adjunto de Psicología del Desarrollo II de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, Rep. Argentina.

El diagnóstico: conflicto y transferencia

El problema del diagnóstico.

“El arte del psicoanalista debe ser el de suspender las certidumbres subjetivas hasta que se consuman sus últimos espejismos. Y es en el discurso donde debe escandirse su resolución” Lacan, Jacques, *Escritos I*.

La psiquiatría Alemana de fines del siglo XIX liderada por E. Kraepelin organizó un campo de fenómenos hasta entonces relativamente caótico, el psiquiátrico. Con sus manuales de enfermedades mentales se develaba la necesidad de sistematizar la formación de los psiquiatras en todo occidente. La clasificación no solamente fundaba a los objetos y los ordenaba, sino que también creaba un nuevo lenguaje. Un modo de pensamiento con reglas semiológicas que, a su vez, instauraba a los psiquiatras como agentes de su aplicación. Clasificar los fenómenos mentales suponía reconocer y designar una diferencia, esta presumía la existencia de un carácter común a todas las especies incluidas, y a la vez, la presencia de diferencias para justificar su separación. Por lo tanto la investigación del psiquiatra se centraba en descubrir el eje de las continuidades que diera homogeneidad a la clasificación. (Foucault, 1966).

En la medicina moderna estos ejes provenían de los aportes de la fisiología y la biología. Se podía establecer el origen de la enfermedad como el exceso o la deficiencia en la excitación de los tejidos, por encima o debajo de ciertos valores considerados normales. La definición de valores promedio normativos permitía cifrar las distintas medidas biológicas, pudiendo así identificar cuantitativamente la enfermedad. El establecimiento de las normas médicas conformaba conjuntos poblacionales, especies patológicas, que ya no podían considerarse en relación a un solo individuo. Pero este fundamento patológico y cuantitativo de las enfermedades presenta prematuramente un problema insalvable para la psiquiatría, la

delimitación de sus cuadros clínicos, su designación y su clasificación, carecían de cimientos etiológicos, anatomopatológicos y fisiopatológicos como lo demuestra fundadamente George Canghilem en su texto sobre lo normal y lo patológico (Canghilem, 1943). La psicopatología era una actividad que se reducía al reconocimiento de correlaciones entre fenómenos definidos como sintomáticos. Por consiguiente, las enfermedades mentales existían solo en el espacio clasificatorio, una materialidad era meramente descriptiva, y solo garantizada por la actitud consensuada de los psiquiatras más influyentes.

El espacio taxonómico operaba como una red simbólica omnicompresiva y preexistente que incluía seguramente, y por anticipado, a todo aquel que, por uno u otro motivo, llegase a ser un problema para si mismo o para otro. Constituyendo una clave para localizar y señalar aquellos sujetos que afectaban el orden del cuerpo social, e invistiendo al psiquiatra de la autoridad para incluirlos dentro de su campo ordenado de enfermedades (Braunstein, 1980). La constitución del signo psicopatológico ha maniobrado borrando toda huella diferencial del síntoma tras una doble operatoria de individuación y generalización. En ese trabajo de clasificación se tiende a dar consistencia, entidad, a los síndromes como si fueran seres con una plena exterioridad. El semblante de la enfermedad psíquica nos pone en riesgo de identificar esta apariencia con un ser del enfermo. La psicopatología no debería olvidar que su discurso nos permite reconocer precisamente las apariencias, pero nada más. Pues, detrás de estas apariencias hay otras, y siempre las hay, una cadena de nombres con los cuales un paciente se identifica para remediar su falta-en-ser.

La tradición psicopatológica es profundamente nominalista, su discurso ha hecho uso de una de las posibilidades que nos da el lenguaje, la objetivación, convertir los fenómenos subjetivos en un objeto taxonómico. Por la vía de la objetivación se ofrece una identidad al paciente, esto tiene en algunos casos un efecto clínico nada despreciable, que una palabra pueda dar nombre a su angustia, ligar un afecto insoportable. La angustia es el afecto que embarga a una persona cuando, por la alguna circunstancia de su existencia, se ve confrontado con el deseo del Otro y no sabe que objeto es él para ese Otro. Un afecto certero que marca la imposibilidad de una persona para hacerse representar simbólicamente ante esa demanda inconsciente originada en ese deseo originario de su existencia. He aquí, el éxito cronificante del diagnóstico, hoy fuertemente sostenido desde la farmacopea, que un sujeto pueda reposicionarse en el marco simbólico de sus relaciones con la identificación a una

especie sindrómica. Como fóbico, bipolar o toc se restablece ortopédicamente en el lazo social, cronificando el malestar en una identidad psicopatológica como único triunfo sobre la amenazada angustiante. Se cristaliza de algún modo su existencia, su adhesión irrestricta al ser de una enfermedad, que sitúa por fuera de él la responsabilidad de aquello que le pasa. Mientras que este empuje a la desresponsabilización ubique la pregunta por la causa como algo externo a su historia, y lo aliene en la pertenencia a una clase universal, quedará cerrada para ese sujeto la posibilidad de intervenir sobre su padecer.

El individuo y su resto

Se trata de diagnosticar la transferencia y no a un individuo. En lugar de proveer un diagnóstico para el caso habrá que estipular cual es el sujeto en cuestión. En psicoanálisis “neurosis obsesiva”, “fobia” u otras clasificaciones, tipifican modalidades del lazo entre analizante y analista, pero nunca son entidades o tipos individuales. En este sentido es necesario diferenciar individuo de sujeto, lo cosificable de lo subjetivo, términos que la ciencia moderna equipara.

En el orden psiquiátrico y psicológico se verifica una reificación o cosificación de las funciones subjetivas por medio de la clasificación psicopatológica. Estas estratagemas implican la conversión de lo subjetivo en entidades supuestamente medibles y calculables, ya sea en funciones orgánicas, conductuales o cognitivas. Las clasificaciones maniobran como metalenguajes de los discurso sintomáticos, fijando sentidos ideales y universales que suturan la “babel” de los casos. Esto es incompatible con la posibilidad de construir una nosografía psicoanalítica, dado que los metalenguajes existen como construcciones teóricas que suponen la existencia de un lenguaje objeto como instancia superadora de la falta-en-ser. Una nosografía es impensable en psicoanálisis, al modo de un metalenguaje que nos resguarden de los malentendidos del habla. En otras palabras, no hay ningún significado trascendental, quien sostenga su saber en el orden del habla humana no tiene ningún modo de decir la verdad sobre la verdad.

A esta altura del desarrollo del pensamiento epistemológico sabemos que las clases científicas y sus sistemas de clasificación son mortales, históricos, incluidos los del psicoanálisis. ¿Pero cómo afecta esto a la idea de enfermedad mental? Tal vez convendría

conjeturar que toda nosografía tiene algo de relativo, de artificial, de artificioso, semblantes que no deberían consolidarse como imaginarios ideales y totalitarios. La nosografía hace ver que de un lado hay signos y del otro clases, y que a través del diagnóstico uno va de los signos a la clase, como si esa continuidad normativa antes de ser considerada un forzamiento prescriptivo, fuera un encadenamiento natural de las partes y el todo. Se puede decir que toda práctica del diagnóstico transforma el individuo en un ejemplar, en un objeto de una clase, que no difiere ontológicamente de cualquier clasificación de las especies.

El juego artificial, nominalista, pragmático y continuo de la psicopatologización es el resultado de un gran movimiento histórico, y que seguramente seguirá vigente. ¿Pero la individuación es la única forma que se puede reconocer? El individuo es una construcción psicopatológica de una disyunción, donde el padecer esta exceptuado de este orden artificioso. El individuo puede ser ejemplo de una clase universal, pero siempre una muestra con una laguna, con un resto, aquello que en su padecimiento denota un goce en el cuerpo, un exceso a las funciones inmanentes del organismo. Anomalía orgánica originada en una anatomía imaginaria que Freud supo aprender de las histéricas charcotianas. Quizás en el déficit de la clase universal de las enfermedades mentales sea precisamente en donde se nos revele la división subjetiva. Nunca habrá ejemplar perfecto, la subjetividad vendría como esa marca residual cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, de lo universal.

Según Freud es perfectamente posible referirse a las conductas de las personas que padecen de neurosis, describir la manera en que padecen por su causa, se defienden de ellas y con ellas conviven, pero advierte:

...al no descubrir el inconsciente, se descuida la gran importancia de la libido, y de juzgar todas las constelaciones tal como le aparecen al yo del neurótico. (Freud, 1917:346)

Reducir el diagnóstico a la aplicación desde el exterior de un conocimiento “analítico” no sólo no nos garantiza la posibilidad de realizar un tratamiento psicoanalítico, sino que además nos expone al riesgo de obstaculizar todo el despliegue del material inconsciente que el paciente pueda proveernos. El diagnóstico tomado como análisis de la escena transferencial es la clave que guía el trabajo. Freud establece la necesidad de que el paciente cobre el coraje

de ocupar su atención en los fenómenos provocados por su enfermedad en sus relaciones y que:

... 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 diferencia la neurosis, como diagnóstico, de la posición del sujeto implicado en ella, debiendo “tomar coraje” para afrontar su responsabilidad en su causación. El proceso de diagnóstico se definiría como la posibilidad, dentro de la escena transferencial, de que el analizante de cuenta y modifique su posición ante la enfermedad.

Según Freud el paciente generalmente demanda saber sobre su enfermedad, y que por medio de su pedido expresa inconscientemente su demanda de amor. El analista debe responder, pero de otra manera a lo que se demanda. Llevando al paciente al lado opuesto de las ideas que emite, esto no implica llevarlo hacia otras ideas o hacia otro diagnóstico, sino enfrentarlo al propio deseo inconsciente vehiculizado deformadamente en lo que demanda. El diagnóstico aparece muchas veces como la forma de esta demanda. El consejo freudiano de “abstenerse de satisfacer la demanda” consiste en no ratificar la demanda de saber en cuanto tal, sino descifrar su deseo larvado.

La clínica psicoanalítica precisa paradójicamente su efectividad en aquellos puntos donde no posee el analista un saber dado de antemano sobre su paciente. Saber sobre el goce particular de un persona, es sin duda un saber imposible para el analista. Este campo prefigura lo incalculable de un análisis, determinando las condiciones calculables de una cura. Lo calculable de una cura son las condiciones estructurales que se organizan en rededor de los modos de defensa inconscientes.

Evidentemente el cálculo no lo es todo, no excluye la incidencia de la causa subjetiva singular propia de cada uno, donde reside lo incalculable. Lo mejor que se puede hacer en el psicoanálisis es un cálculo que le de lugar a lo incalculable. (Soler, 2009:23)

Como vimos, síntoma y relación transferencial están regulados por mecanismos inconscientes, por elementos simbólicos y combinatorios, y por ello son plausibles de cálculo. Esto ubica una tensión que prefigura la necesidad de un juicio ético en cada experiencia de análisis como determinación del malestar de cada paciente, evitando el diagnóstico como juicio moral y universal.

Lo universal y lo particular.

La clínica psicoanálisis ubica su práctica en torno al problema del diagnóstico: la imposible conjunción de la particularidad de la cura, y la inevitable pretensión de generalidad a la que ambicionan las categorías clínicas. En torno a este problema hay un importante debate abierto. En psicoanálisis, una forma de reconocer la existencia de un diagnóstico, sería determinando el trayecto por el cual una persona se ha ido posicionando frente a las encrucijadas fundamentales de su existencia.

Podríamos decir que hacer un diagnóstico en psicoanálisis es constituir una dirección de la cura en relación a lo que constituyó la conflictividad de una persona a lo largo de su historia. Es innegable que existe, en este sentido, una dimensión de evaluación que es inherente a la marcha del tratamiento, tanto del lado del analizante como del analista, jalonando sus virajes, sus interrupciones, sus logros, los actos que pudieran derivarse, etc. Una evaluación “de” la transferencia, en tanto que el tratamiento es “en” transferencia. La disposición transferencial del paciente es clave para la aceptación o no de su demanda, y en la posición del analista frente a ella, que no será la misma en el abordaje de una psicosis, una perversión o una neurosis.

Las estructuras representan mínimas combinatorias que intentan dar cuenta de las diferentes formas de respuesta ante la falta, que el hecho de hablar instaaura en el ser hablante. Por lo que el diagnóstico se refiere, en última instancia, a las distintas modalidades que puede adoptar la castración; es decir, la falta de goce con la que el lenguaje enferma al viviente, ya la variedad de posiciones que el sujeto asume en relación a ella. (Puyo, 2001:122)

Síntoma y acto son términos medios que se borran para pasar a los extremos y al mismo tiempo para sostenerlos; a la vez, el síntoma coagula el acto y es condición de posibilidad de este. La psicopatología psicoanalítica, si es algo, es una nosografía del acto, lo cual supone considerar lo que hay de real en el afecto, la deriva sin inscripción y la inscripción sin deriva, que habitualmente hemos calificado de fijación libidinal. (Ritvo, 1997:21)

Suponer un abordaje del acto analítico, de sus antecedentes y de sus consecuencias, implicaría el intento de presentificar las encrucijadas existenciales de una persona antes que su ubicación estática en el campo de la enfermedad. Hacer una evaluación de cuales han sido las estrategias frente al deseo del Otro, como estructuraciones de la defensa. Estructuras que son ante todo ficciones teóricas que permiten al analista pensar el acto analítico, y no tienen nada que ver con la determinación de una realidad de hecho.

La interpretación que el analista realiza del malestar no es una sentencia, ni de una prescripción comunicable al paciente, pues no está en juego un saber científico, sino una verdad que el síntoma transferencial anuda. Un analista debe mantener para con el saber clínico la misma abstinencia que para cualquier otro, en tanto, siempre está referido a una demanda de saber objetivante de un paciente. Pues a esta altura ya sabemos, que el único saber en juego en una cura es el producido por el propio inconsciente.

Lo que incomoda a un paciente no es su singularidad, sino la particularidad del malestar expresado en su síntoma. La singularidad podríamos ubicarla en la satisfacción narcisista, en esa búsqueda del yo por un reconocimiento del Otro, como lo teorizamos en capítulos anteriores. La particularidad señala lo extraño al yo, aquello sentido como propio y ajeno al mismo tiempo. El proceso del diagnóstico psicoanalítico tendría como función revelar lo particular de eso extraño.

Para situar el síntoma neurótico el trabajo clínico no puede reducirse a la singularidad del caso: los hechos inéditos de una historia y sus asociaciones peculiares. También se deberá pasar por los enunciados particulares que reintroducen lo extraño, una vuelta *en-mas*, aquello que la metonimia de la singular narcisista evita en su buena forma discursiva.

Lo singular de un paciente podría escucharse o leerse como el relato de una experiencia, como literatura, como podrían leerse en ese registro todos los casos freudianos². Lo particular aparece en lo discontinuo, aquello que se asocia a las herramientas conceptuales freudianas: deseo, satisfacción, conflicto, represión, castración, etc. Lo discontinuo como efecto de una interpretación, que devela al relato estructurado según una lógica conjeturable parcialmente en una teoría.

La particularización del síntoma definiría al proceso que podría entenderse como un diagnóstico en psicoanálisis. El analista no realiza en ello un afán clasificatorio, ni la estandarización práctica de sus intervenciones. Ni tampoco es el inicio de un proceso hacia un universal de salud o bienestar. Por el contrario, es la articulación teórica que le permite al analista expresar las primeras fórmulas del síntoma su paciente, usando las propias palabras de este último. Expresar como una particularidad diagnóstica aquello que el sujeto conoce de sí, sin reconocerse en ello.

El síntoma resiste la particularización como aquel material reprimido que permanece por fuera del reconocimiento yoico. Se presenta como esa opacidad que da presencia a un ser irrepresentable para sí y para el Otro. Tal opacidad no se reducirá con su clasificación, por el contrario, se alimentará de toda nominación que lo objetive como una exterioridad.

Cuando un paciente despliega en la escena analítica su demanda de cura, siguiendo a Freud, debemos de suponer una posición subjetiva no explicitada en esos pedidos. El enfermo cuando se dirige al profesional no espera de él pura y simplemente la curación. Confirmarlo como enfermo ocultaría la posición deseante del paciente y su demanda de amor metaforizada en sus síntomas.

Interpretar no solamente desarticula el discurso narcisista del yo, sino principalmente el lugar del Otro simbólico del que el analista hace apariencia. Lugar en donde el sujeto se aliena creyendo que de ese lugar simbólico emana un destino para su vida.

La transferencia como chance al destino

Freud estableció el término “neurosis de destino” para designar una forma de existencia propia de ciertos pacientes, caracterizada por el retorno periódico de las mismas

² No en vano la mayor divulgación y reconocimientos de Freud fueron como escritor y no como científico.

concatenaciones de acontecimientos desgraciados en sus vidas. Estos pacientes parecían estar sometidos a una fatalidad exterior, como si existiera un condicionamiento demoníaco para ellos. Concluye para estos casos la existencia de factores inconscientes determinantes y, específicamente, la compulsión a la repetición de un ciclo aislable de acontecimientos. El paciente no tenía acceso a un reconocimiento de su deseo inconsciente más que por los acontecimientos exteriores, de ahí el aspecto “demoníaco”. Freud oponía a estos cuadros las neurosis de carácter, en donde descubría el mantenimiento rígido de un rasgo de carácter en la repetición compulsiva de mecanismos de defensa y esquemas de comportamiento.

La compulsión permite apreciar el lugar del sujeto como efecto de las representaciones inconscientes que lo destinan a encontrar su impotencia y su dominio desfalleciente ante el retorno de lo reprimido. Para dar cuenta de este hecho psíquico llega incluso a proponer el nombre de compulsión de destino como el producto de un mecanismo totalmente autónomo de los dominios yoicos.

El destino es considerado como un sustituto de la instancia parental; si nos golpea la desgracia, significa que ya no somos amados por esta autoridad máxima, y amenazados por semejante pérdida de amor, volvemos a someternos al representante de los padres en el superyó, al que habíamos pretendido desdeñar cuando gozábamos de la felicidad. Todo esto se revela con particular claridad cuando, en estricto sentido religioso, no se ve en el destino sino una expresión de la voluntad divina. (Freud 1930:3055)

En la cita se articulan claramente la compulsión a la repetición y el destino; la satisfacción sustitutiva del síntoma y la necesidad de castigo, el imperativo moral superyoico y su vasallaje sobre el yo. De alguna manera, la enfermedad psíquica aparece en Freud como la elección inconsciente de una desdicha “divina” que habla en los síntomas. Esta defensa es ante una señal de angustia que nos revive un desamparo originario, una vida “sin Dios”, sin la creencia en Otro-cause de mi desgracia.

La ficción neurótica le asignaría una significación de omnipotencia al Otro, ante la cual el sujeto debe resignarse creyendo su destino de objeto para ese Otro. Manera particular del

padecimiento o enfermar neurótico que renuncia a una posición deseante en pro de una mas gozosa, evadiendo la castración, por medio del hacerse ese objeto que completa al Otro.

Deberá renunciar a su deseo, pues este introduce un grado de incertidumbre y sin sentido que le resultaría insoportable. Planteo lo de insoportable como aquello carente de soporte para una respuesta. La pregunta por su deseo, iniciada en la demanda del Otro, confronta al sujeto anticipadamente con la falta de un significante en el campo del Otro para una respuesta. La fe neurótica se refugia en el temor de Dios con la promesa de que su tesoro significativo disponga de un último significante que daría cuenta de quién soy para ese Otro. Refugiarse en el temor de esta promesa da su consistencia a un Otro gozador que aún, a pesar de todo, sabe.

Freud establece que una analista debe “*estudiar analíticamente*” (Freud 1933a:144) a estos pacientes. ¿Pero que implica este “*estudiar analíticamente*”? Como fuimos develando, no se trataría de la aplicación de un saber exterior. Es entonces en el interior del dispositivo, de acuerdo a la posición del paciente en la transferencia y a sus respuestas a las intervenciones del analista. Estudiar sus posiciones subjetivas antes los otros que se repiten a lo largo de su vida. Determinar estas posiciones subjetivas, diagnosticarlas, establecería que tratamiento y proceso diagnóstico no estarían separados.

Abordar el hecho clínico en términos de estructura no supone sostener un juicio esclarecedor de un individuo sobre otro. Es en sí, un esclarecimiento relacional donde el analista está incluido, y en donde los términos no son individuos sino lugares de una escena repetitiva. Lugares simbólicos que presuponen la terceridad de un orden inconsciente en el paciente que los determina.

No porque el sentido de su interpretación (de Freud) haya tenido efectos los analistas están en lo verdadero, puesto que, aun cuando fuera justa, sus efectos son incalculables. Ella no testimonia ningún saber, pues si lo toma según su definición clásica, el saber se asegura con una posible previsión. Lo que los analistas tienen que saber es que hay un saber que no calcula, pero no por ello trabaja menos para el goce. (Lacan, 2012:585)

Freud (1933b) sostiene que el psicoanalista no aspira al éxito terapéutico en primer lugar; sino a poner al analizante en condiciones de revelar sus deseos inconscientes. Vale decir que las palabras del analista deben subordinarse a las consecuencias que producen las asociaciones del paciente. Las mociones de deseo por vía de la represión son virtualmente inmortales, se comportan durante décadas como si fueran acontecimientos nuevos. Sólo es posible discernirlas como pasado, desvalorizarlas y quitarles su investidura energética cuando han devenido conscientes por medio del trabajo analítico, y en eso estriba, no en escasa medida, el efecto terapéutico del tratamiento analítico.

Para concluir podemos resumir los efectos clínicos según Freud de la siguiente manera: Estos se sitúan a nivel de la economía libidinal del paciente, de aquellas representaciones inconscientes que lo determinan. Los efectos interpretativos sobre tal material no pueden ser previstos ni forzados en ninguna dirección, diferenciándose de las técnicas fundadas la sugestión, el consejo o la prescripción. El efecto analítico redefine la noción de lo terapéutico, en tanto, esto último es consecuencia de lo primero. Para que haya efectos es necesario que el analista deponga cualquier posición de saber en el análisis de un paciente. Los efectos analíticos se relacionan directamente con la posibilidad de que el paciente se responsabilice de su padecer, pudiendo tomar una posición más activa.

Bibliografía:

- Aliani, N. (2012): *Psicopatología, Psicoanálisis y Orden médico*. Rosario: Mar por Medio.
- Braunstein, N. (1980): *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI.
- Canghilhem, Georges (1943): *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1914): *Recordar, repetir y reelaborar. Obras completas (tomo XII)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917): *Conferencias de introducción al psicoanálisis, 24° conferencia: El estado neurótico común. Obras completas (tomo XV)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930): *El malestar en la Cultura, Obras completas (tomo III)*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1933a): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 31° conferencia: La descomposición de la personalidad psíquica. Obras completas (tomo XXII)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933b): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 34° conferencia: Esclarecimiento, aplicaciones, orientaciones. Obras completas (tomo XXII)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1966): *El Nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1992): *Escritos 1*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2012): *Otros Escritos. Introducción Alemana a la edición de los Escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ritvo, J. y Kuri, C. (1997) *Ensayo de las razones*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Puyó, M. (2001) *Lo que no cesa del psicoanálisis a su extensión*. Buenos Aires: Filigrana.
- Soler, C. (2009) *La querrela de los diagnósticos*. Buenos Aires: Letra Viva.