

PSICOTERAPIA

LO (IM)POSIBLE DE SANARSE: APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA A LA TERAPÉUTICA DEL SÍNTOMA

(Rev GPU 2017; 13; 3: 287-292)

Claudia Araya¹, Daniela Dighero,² Pablo Reyes³, Francisco Gómez⁴

El presente artículo de reflexión propone algunos principios orientadores respecto de la práctica psicoanalítica en contextos institucionales. Particularmente, este artículo pretende abordar la concepción psicoanalítica del síntoma y, en consistencia con esta definición, los resortes generales de su terapéutica.

INTRODUCCIÓN

El imaginario social asocia la palabra “psicoanálisis” a un diván, un setting estricto y al pago de varias sesiones por muchos años. Esta idea no solo está instalada en el discurso social, sino que muchas veces serán los mismos terapeutas de orientación psicoanalítica quienes introducirán la idea de que en estos contextos se puede “pensar” psicoanalíticamente, pero que hay que actuar desde otros modelos teóricos. Así su práctica clínica se vuelve fuente de frustración a la hora de enfrentarse a instituciones que “los obligan” a adecuarse a dispositivos de tiempo breve, con pacientes que buscan soluciones rápidas y protocolos teñidos de un “para todos” que a veces resultan poco provechosos en la práctica clínica.

A nuestro parecer estos prejuicios tienen que ver con la dificultad para distinguir entre el análisis, instalado como un ideal, y la gran variedad de intervenciones

psicoanalíticas que se pueden realizar al pensar una clínica que se adecua al contexto en que está inserta.

Creemos que hay un error en homologar psicoanálisis como modelo teórico a una de sus aplicaciones, como lo es el análisis propiamente tal. Este dispositivo no es el único camino derivable de la teoría. De hecho, en la consulta privada no toda intervención se da en el marco de un análisis tradicional.

En este sentido, “lo psicoanalítico” como tal tiene que ver con el reconocimiento de la existencia de un inconsciente, con el admitir que cada sujeto tiene un modo singular de tramitar la pulsión, y que, en último término, Freud tenía razón cuando nos alertaba de la existencia de algo más allá del principio del placer (Freud 1992/1920). Dicho de otro modo, desde el psicoanálisis estamos advertidos de que no podemos esperar que los pacientes nos obedezcan y sigan instrucciones que los conduzca a una vida más “sana”. Con base en la experiencia clínica y en nuestras propias

¹ Psicóloga PUC, carayah@uc.cl

² Psicóloga Universidad Católica Silva Henríquez.

³ Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Chile; Universidad de Chile.

⁴ Psicólogo Santiago, Chile.

vidas, tenemos que aceptar el hecho que cada persona se las arregla para encontrar su solución singular y, quizás lo más difícil de asumir, que cada uno de nosotros tiene derecho a hacer de su vida algo miserable, por lo menos a ratos.

Nada de lo anterior nos lleva necesariamente al camino del tiempo indefinido, al diván o a las cuatro sesiones por semana. Más bien nos conduce a la humildad frente a los síntomas de quienes nos consultan, y a la aceptación de los límites de nuestro trabajo.

Esto nos permite repensar lo analítico ya no en términos de su técnica, sino a partir de una posición ética frente a la “mejoría” de los pacientes. A diferencia de la psicoterapia, en psicoanálisis lacaniano no se opera con un ideal de salud. No se busca que las personas se adapten a una teoría de sanidad (como lo sería lograr el control de impulsos, la integración o la sublimación), sino más bien que logren un acomodo con su forma de ser, aliviándose así, por añadidura, de su sufrimiento.

Desde esta perspectiva, nos interesa mostrar que, lejos de lo que se cree, el psicoanálisis tiene mucho que aportar a los llamados fines terapéuticos. Así, la escucha permite identificar el sufrimiento del paciente y aunque la teoría nos advierte que siempre existirá un resto incurable del síntoma (Miller, 2011), el “saber hacer” con él (Lacan, 1977), sin duda producirá un efecto terapéutico para ese sujeto. El que un terapeuta y el paciente estén advertidos de esto nos lleva a un tipo de intervención acotada que no fracasa, sino que asume con pragmatismo que, al encontrarnos con la incurabilidad del síntoma, el tratamiento se orientará a poder relacionarse con este de una manera menos dolorosa.

De este modo, en este artículo quisiéramos aportar algunos elementos que permitirían sostener una práctica psicoanalítica en un contexto institucional cuando las condiciones del análisis puro o tradicional no se encuentran presentes. Para ello entonces comenzaremos por introducir algunas consideraciones teóricas sobre la noción de síntoma en psicoanálisis, para luego profundizar en la terapéutica que de ella se deriva.

VERSIONES DEL SÍNTOMA

Para introducir la noción de síntoma en psicoanálisis resulta imprescindible hacer referencia a la tradición biomédica, pues esto nos permite mostrar la diferencia que hay entre estas dos perspectivas.

Desde la perspectiva biomédica el síntoma se entiende como una alteración del funcionamiento normal del cuerpo que es reportada por un paciente (Sadock *et al.*, 2008). Se hace una distinción entre el síntoma, como aquello que es reportado subjetivamente por el

paciente y el signo como elemento observable y objetivable por el clínico.

Igualmente, se debe señalar que el síntoma no se comprende puramente como un elemento aislado. Así, la alteración que éste produce introduce la creencia en una condición previa, denominado estado de normalidad o salud al cual se busca retornar. En tal sentido, el síntoma se identifica siempre como un estado patológico o como una enfermedad.

De lo anterior resulta lógico pensar que el tratamiento del síntoma supone una acción o intervención que apunte a su eliminación directa o a la supresión de las causas que lo determinan. En tal sentido, la terapéutica del síntoma apuntaría al restablecimiento de la normalidad o de la salud perdida en el estado de enfermedad.

Esta aproximación al síntoma también se encuentra muchas veces en distintas orientaciones psicoterapéuticas, las cuales consideran que los síntomas son el signo de una alteración del funcionamiento normal del psiquismo o del cuerpo. Bajo esta concepción resulta evidente que la acción terapéutica debe tender a la eliminación del síntoma, ya que es solo esta lo que permite retornar al estado de normalidad.

En cambio, en la perspectiva psicoanalítica el síntoma puede entenderse bajo dos vertientes. Por una parte, el síntoma surge como un enigma a resolver (Lacan, 1966a), como un signo de aquello que no anda para ese sujeto y que, por lo mismo, es la huella de un sufrimiento singular. Y por otra parte, el síntoma se entiende como un intento de solución.

Respecto al síntoma como enigma, es Freud quien nos advierte que el síntoma encierra una verdad que el paciente no quiere reconocer conscientemente. En Estudios sobre la histeria (Freud 1992/1895), el síntoma se presenta como una formación sustitutiva de un conflicto no resuelto y doloroso para los pacientes. Desde esta visión, todo síntoma es interpretable e incitará al clínico a su desciframiento. Por ejemplo, el caso Katharina de Freud presenta una serie de síntomas asociados a la presencia de angustia, ahogo, dolores en el pecho, entre otros. A partir de su exploración analítica Freud muestra cómo estos síntomas replican cierta experiencia traumática de un encuentro de connotación sexual con un tío en su juventud. En este sentido, el síntoma se presenta entonces como un sustituto que quiere decir algo que no necesariamente representa, y de lo cual el sujeto no quiere saber nada. Un ejemplo de nuestros tiempos podría ser un hombre que consulta por insomnio, y que al hacerlo hablar cuenta que el síntoma se inicia con la llegada de su nuevo jefe, el cual le recuerda a un hermano con el cual tiene una antigua rivalidad.

Desde esta perspectiva, el síntoma cumple una función subjetiva que vale la pena intentar develar. En este sentido, nos parece importante insistir en la singularidad del síntoma. No hay un síntoma igual a otro, y por lo tanto una depresión o un trastorno ansioso puede ser igual a otro en sus efectos, pero el mensaje que entraña siempre será singular (Lacan, 1998). Por ejemplo, tras “el síntoma” del comer compulsivo podemos descubrir la manera que encuentra una paciente de “denunciar” a una madre controladora y restrictiva, o en otro paciente, ser la forma en la que el sujeto buscará crearse una “armadura” con su sobrepeso que le permita esconder su cuerpo. En el primer caso podríamos hipotetizar que el síntoma psicoanalítico es no poder separarse de la madre y en el segundo caso el síntoma psicoanalítico es la dificultad para asumir su deseo sexual.

Estos recortes clínicos nos permiten pensar que tras un mismo fenómeno se esconden modos sintomáticos singulares, que incluso el propio sujeto desconoce al momento de pedir una terapia. Por lo mismo, será necesario “amigarse” con la conducta-síntoma para encontrar el conflicto para ese sujeto particular. Así, eliminar tempranamente lo que hace sufrir al paciente es como comerse las migajas del camino de retorno de Hansel y Gretel.

La comprensión del síntoma como un intento de solución fue desarrollada por Lacan hacia el final de su enseñanza (ver Lacan, 2003). Esta dice relación con el reconocerlo en su dimensión creadora, como resto incurable que testimonia del modo singular que encontró ese sujeto para sostenerse en la existencia. Desde esta perspectiva la teoría nos advierte de los riesgos de dejarnos llevar por el *furor curandis* (Freud 1992/1912) y despojar tempranamente al sujeto de la solución singular encontrada hasta ahora para tramitar las contradicciones de su historia.

A partir de estas dos vertientes podemos concluir que más allá del malestar que produce el síntoma, este también nos habla, de ahí la necesidad de una escucha que permita dilucidar aquello que dice. Tal y como hemos señalado, el síntoma encierra un enigma y una solución. A continuación revisaremos dos de las características que nos parece hacen difícil el trabajo clínico, pero al mismo tiempo entrañan una posibilidad para una clínica psicoanalítica capaz de operar en las instituciones.

Para Lacan el síntoma encierra una verdad, con un límite, pero una verdad (1966b). El autor hace referencia a la comprensión filosófica de la verdad entendida como *aletheia* (Lacan, 1975). Se trata de un término presocrático, que nos advierte que la verdad nunca

se presenta de manera estable y/o de manera abierta, más bien existe una experiencia constante de fallar a la verdad, pues al momento de develarse, ella se esconde.

Será el mismo Lacan quien introduce un límite a esa verdad al agregar que esta solo se puede medio-decir (Lacan, 2001) en la medida en que ella no podría reabsorberse totalmente en alguna “aclaración” o “explicación”. Por ejemplo, cuando una madre se queja de que su hijo está a punto de ser expulsado del colegio, y después de describir lo rebelde y llevado de sus ideas que es el chico, termina sonriendo con la frase: “es igual a mí a su edad”. Cuánto trabajo se desperdiciaría intentando enseñarle a esta madre “habilidades parentales” para controlar al hijo. Una posibilidad de intervenir terapéuticamente, desde la verdad a medio decir, sería mostrarle que para ella es importante que su hijo se le parezca.

La otra característica del síntoma es la porfía. Es decir, podemos identificar lo que a una persona la hace sufrir. Pero no por eso lo dejará de hacer. Desde la práctica clínica, todos hemos sido testigos de esto. Los pacientes dicen, “sé que me hace mal, pero no sé por qué lo hago”. Cabe preguntarse entonces ¿por qué aquello que el síntoma enuncia no puede resolverse en la experiencia de palabra?

La experiencia freudiana se encontró bajo esta misma pregunta en la década de los años 1920, momento en que se produce una crisis en la técnica tras el descubrimiento de la reacción terapéutica negativa. En ese momento Freud se pregunta ¿qué es aquello que introduce un factor de inercia en el síntoma, inercia tal que el clínico tiene la impresión que el paciente no está dispuesto a desprenderse de su síntoma? ¿Cómo se opera con eso que está más allá de la acción de la palabra misma?

En la teoría freudiana estas preguntas permitieron la introducción de la pulsión de muerte (Freud, 1992/1920). Esta fuerza pulsional se encontraría más allá del principio del placer, apuntaría hacia un retorno de lo inanimado y que en el psiquismo se manifestaría como un vector que introduce un factor de inercia, es decir, se tiende a repetir lo que comúnmente se trae a consulta como un malestar.

Más tarde, Lacan retomará la noción de pulsión de muerte, no aislándola ni diferenciándola como Freud de la satisfacción libidinal, sino que articulará este factor de inercia del síntoma a una satisfacción a partir de la noción de goce (Lacan, 1986). En tal sentido, el síntoma es una forma de gozar del inconsciente, y de gozar en cierto modo de la verdad que él intenta encerrar.

Esta forma de relacionarnos con lo que nos hace sufrir es nuclear a la experiencia subjetiva. En cierto sentido la subjetividad se constituye en función de una

forma personal y única de lidiar con nuestro inconsciente (Lacan, 2003), la cual no sigue ningún patrón adaptativo, puesto que, como se ha señalado, la satisfacción incluye una dimensión de inercia que va en contra de la voluntad del individuo, es decir, introduce la dimensión de “es más fuerte que yo”.

Sobre la base de lo discutido anteriormente, podemos entender por qué desde esta perspectiva se considera que el sufrimiento de los pacientes no retrocederá por una reeducación o por un insight, los cuales se encuentran dificultados por su dimensión inconsciente. Su tratamiento entonces implicaría un verdadero cambio de paradigma, a saber, su consideración como una invención o un índice de la singularidad (ver Lacan, 2003), que al ser nominado o bordeado permitirá acotar el goce. Y dicho de otro modo, aminorar el sufrimiento del paciente.

A modo de clarificación podríamos imaginar en una paciente con agorafobia que rápidamente comienza a hablar de su madre y de su percepción de sí misma como un personaje clave en la estabilidad familiar. Ante la pregunta de la psicóloga sobre lo que le preocupa de su madre, es ella misma quien comienza a interrogarse cuánto tiempo más deberá seguir cuidando de ella. Así, el síntoma agorafóbico puede entenderse como una solución transitoria al dilema de tomar la decisión de distanciarse de su madre.

El síntoma en la perspectiva psicoanalítica aparece entonces como una realidad compleja. La verdad medio-dicha y la incurabilidad del síntoma podrían producir un grado de impotencia en el clínico, ya que este podría preguntarse ¿cómo poder tratar un síntoma bajo esta comprensión teórica? Lacan señalaba que la terapéutica psicoanalítica no es como las otras (Lacan, 1966c), ya que se encuentra advertida de los determinantes inconscientes que sostienen el síntoma y la función psíquica que este tiene para un sujeto.

En tal sentido, si bien el psicoanálisis no pretende eliminar el síntoma, sí hay una terapéutica analítica que permite pensar el lugar y la acción del analista. De este modo, para finalizar queremos hacernos cargo de la aparente contradicción que existe en aceptar que hay un sustrato incurable del síntoma y una forma de entender la terapéutica.

TENSIONES ENTRE LO ANALÍTICO Y LA TERAPÉUTICA

Será justamente sobre este punto que abrirá su artículo Malengreau (2005), quien de una manera simple, pero no por eso menos aguda, se pregunta ¿Cuándo podemos hablar realmente de efecto terapéutico en psicoanálisis?

El autor sostiene que los efectos terapéuticos forman parte del proceso analítico, pero estos surgirán por añadidura y, por lo mismo, no pueden constituirse, en ningún caso, en el objetivo del tratamiento. En sus palabras:

Los efectos terapéuticos son parte del análisis y uno puede preguntarse lo que sería un análisis en el que nada se hubiera curado, pero desde un punto de vista metodológico la dicha cura no es lo que buscamos. No modulamos nuestras intervenciones en función de la relación entre el bien y el mal (p. 59; traducción de los autores).

Esta cita permite introducir un elemento clave en el dispositivo psicoanalítico, a saber, el denominado “deseo del analista”. Profundizar sobre este concepto implicaría recorrer gran parte de la obra de Lacan, lo cual excede los objetivos de este artículo. Sin embargo, quisiéramos quedarnos con una indicación del seminario “La ética del psicoanálisis” donde se señala que este deseo constituye una pieza clave en la orientación de todo tratamiento psicoanalítico y que, aquí viene lo interesante, este consistiría más bien en un “no deseo de curar” (Lacan, 1986).

Este “no deseo de curar” que subyace a la orientación del analista, lejos de pretender que el paciente no alcance un alivio sintomático, busca que este último no se constituya en el objetivo final del tratamiento (Malengreau, 2005). Este punto, puede prestarse a un mal entendido, casi a una broma de mal gusto en el mundo de la salud mental, sin embargo lo que esta frase pretende es advertirnos de los posibles riesgos de orientar un proceso terapéutico a partir del supuesto “bien” para el paciente.

Es sobre este punto que Malengreau puntúa la diferencia central entre lo que define a un dispositivo analítico y los diversos tipos de psicoterapias, a saber, la constatación de que estas últimas estarían siempre regidas por aquello que el orden social o jurídico define como el bien y el mal para cada sujeto.

Los casos llamados de “violencia” pueden ilustrarnos bien sobre este punto. Es fácil encontrarnos con sujetos ante quienes la psicoterapia “se ha dado por vencida” justamente porque los pacientes no han podido seguir la indicación sobre lo que sería su supuesto bien. Pacientes diabéticos o hipertensos que no siguen las dietas, pacientes que una y otra vez entran en conflicto en sus trabajos y lo más paradigmático, la paciente que vuelve con una pareja que no la hace feliz.

Será este punto el que distingue al dispositivo psicoanalítico de las psicoterapias, en la medida que el analista lejos de ratificar la oposición entre el bien

y el mal, predefinida desde fuera, desde un ideal moral o judicial, modificará su posición orientando al sujeto hacia un punto triple, denominado "Y" (de ípsilon) (Malengreau, 2005). Esta nueva orientación supondrá ya no referirse a un bien y un mal predefinidos, sino más bien redirigirá al sujeto hacia un punto tercero, una zona desconocida, neutra, en la que se establecen los términos de una nueva elección para él. Si bien dice "no" a lo malo se muestra neutro en relación a lo que sería el bien para ese sujeto particular. De esta forma, el analista al posicionarse en forma neutral frente a la definición de bien que venga desde "fuera", desde lo moral o de lo teórico, puede empujar a la paciente a que decida lo que la deje más cómoda consigo misma. Siguiendo con el ejemplo de la mujer con conflictos de pareja, se le podría decir "usted sabe lo que sucederá, ¿por qué podría hacer distinto esta vez?", o mostrarle que parece necesitar probar una vez más y preguntarle cuántas veces más serán necesarias.

Este punto permite esclarecer el concepto de neutralidad en psicoanálisis, en la medida en que ella apunta a hacer existir un lugar enigmático que aliente al sujeto a seguir buscando su propio camino (Malengreau, 2005). De este modo, ser neutral en psicoanálisis no tiene nada que ver con una cierta impostura del analista en relación con el paciente, sino más bien con una actitud en la escucha. Actitud neutral en la medida que el analista se abstiene de definir *a priori* lo que sería el bien para ese sujeto en particular.

De este modo, resulta relevante recordar la indicación de Leguil (2003) respecto a la terapéutica psicoanalítica. Este autor señala que no es posible anticipar aquello que es terapéutico para alguien, y que solo lo podremos descubrir una vez atravesado dicho umbral en el análisis. Esta aproximación a la terapéutica abre un espacio para pensar la práctica clínica en el registro de la invención (Lacan, 2003), es decir, que el clínico sea capaz de abrirse tanto al encuentro como a la producción de "alivios" inesperados, incluso a aquellos indicados por la teoría y la casuística.

En esta misma línea se puede situar los planteamientos de Barros (2009), quien indica la existencia de un alivio subjetivo que no sigue el modelo de la remisión sintomática. Por ejemplo, hay personas que se alivian al nominar su dolor: "me cuesta recibir cariño", "tengo una mente inquieta", "yo soy el soporte de mi familia". Ponerle un nombre propio a su dolor puede ser suficiente. Para otros el descubrimiento de una repetición puede significar el fin: "dejo todo a medias", "siempre elijo al más pastel".

De este modo, resulta sorprendente cómo muchos pacientes que buscaban alivio lo obtuvieron después

de ganar un saber sobre sí mismos que no tenían antes de venir, lo cual solo se consigue siguiendo las miguitas que va dejando el síntoma en el discurso del paciente.

Tal y como hemos detallado anteriormente, la terapéutica psicoanalítica se juega en la posición del analista, "sanado del deseo de sanar", sin un ideal de cura y atento a la singularidad del caso a caso.

CONCLUSIÓN

En este artículo hemos abordado algunos elementos que permiten situar la terapéutica psicoanalítica a partir de su comprensión particular del síntoma, buscando generar principios que permitan la pertinencia de la extensión de la práctica del psicoanálisis en contextos distintos del psicoanálisis "clásico" o "puro" (Miller, 1991).

Resulta importante señalar que el síntoma en psicoanálisis se presenta como una realidad compleja, ya que en él se articulan una o varias verdades y un factor de inercia. Considerar estas dos dimensiones del síntoma podría producir un desaliento en el clínico, ya que el síntoma no sería directamente suprimible, puesto que estos dos elementos son constituyentes del sujeto y operan de manera inconsciente en el individuo.

No obstante, hemos mostrado algunos principios que orientan una terapéutica psicoanalítica que tome en consideración estas dos dimensiones del síntoma. Se destaca la necesidad para el clínico de situarse en "un deseo de no curar", entendido como una forma de no situarse bajo los ideales de salud o de bien, ya que esto permite la producción de una "salida terapéutica" singular, que muchas veces por el hecho de responder a ideales terapéuticos los clínicos no sabrían producir ni escuchar.

El resultado terapéutico del psicoanálisis sería entonces producto de una posición particular en relación con el sufrimiento que permitiría su transformación, es decir, una modificación o manipulación en el tratamiento que tiene en cuenta la consideración del síntoma como un "intento de curación".

En este contexto surge entonces la necesidad de abrirse a nuevas formas de investigación que permitan dar cuenta de la manera en que opera el psicoanálisis con el síntoma en contextos institucionales. En particular, si consideramos que el síntoma y su terapéutica implican el desarrollo de respuestas singulares en el proceso de tratamiento, habría que buscar entonces métodos apropiados que permitan dar cuenta de estas, como lo son los estudios de caso.

Asimismo, esperamos haber aportado algunos elementos que permitan repensar el lugar del psicoanálisis en los contextos institucionales. No por estar en un contexto institucional, donde se formulan demandas

que supuestamente estarían ausentes en el análisis clásico, la acción del psicoanalista estaría imposibilitada o falseada. El psicoanálisis es producto de un encuentro entre analista y paciente, un encuentro que pone en el horizonte lo inconsciente, lo cual no sabría reducirse a un encuadre o contexto específico.

De este modo, quien crea entonces que lo psicoanalítico se juega en varias sesiones semanales y por varios años, está preso de una caricatura que esperamos haber contribuido a dismantelar con este artículo.

REFERENCIAS

1. Barros M (2009). *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Buenos Aires: Grama Ediciones
2. Freud S (1992/1920). Más allá del principio del placer. En J Strachey (Ed.), *Obras completas (vol. XVIII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920)
3. Freud S (1992/1895). Estudios sobre la histeria. En J Strachey (Ed.), *Obras completas (vol. II)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1895)
4. Freud S (1992/1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas (vol. XII)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912)
5. Lacan J (1966a). L'instance de la lettre dans l'inconscient. En J Lacan, *Écrits* (pp. 493-528). Paris: Seuil
6. Lacan J (1966b). Du sujet en fin en question. En J Lacan, *Écrits* (pp. 229-236). Paris: Seuil
7. Lacan J (1966c). Variantes de la cure-type. En J Lacan, *Écrits* (pp. 323-362). Paris: Seuil
8. Lacan J (1975). Le séminaire, livre I, *L'écrits techniques de Freud*. Paris: Seuil
9. Lacan J (1977). Le séminaire l'insu que sait de l'une bévue, cours du 16 novembre 1976. *Ornicar?* 12-13, 4-9
10. Lacan J (1986). Le séminaire, livre VII, *L'éthique de la psychanalyse*. Paris: Seuil
11. Lacan J (1998). Le séminaire, livre V, *Les formations de l'inconscient*. Paris: Seuil
12. Lacan J (2001). L'étourdit. En J.-A. Miller (Ed.), *Autres Écrits* (pp. 449-495). Paris: Seuil, Paris
13. Lacan J (2003). Le séminaire, livre XXIII, *Le sinthome*. Paris: Seuil
14. Leguil F (2003). L'en deçà et l'au-delà de la thérapeutique. *Mental*, 13, 51-57
15. Malengreau P (2005). Le neutre et la thérapeutique. *La cause freudienne*, 61, 57-63
16. Miller J-A (1991). El psicoanálisis puro, aplicado y psicoterapia. *Freudiana*, 32, 7-43
17. Miller J-A (2011). *Sutilezas Analíticas*. Buenos Aires: Paidós
18. Sadock B, Sadock V (2008). *Sinopsis de psiquiatría de Kaplan y Sadock. Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica*. Madrid: Wolters Kluwer.