



No Hay Despatologización Sin Revisión De Los Fundamentos De La Psicopatología

Almagro, María Florencia.¹

¹ Universidad Nacional De La Plata. Facultad De Psicología. Cátedra Psicología Clínica De Niños Y Adolescentes. La Plata, Argentina.

Palabras claves

PSICOPATOLOGÍA
FUNDAMENTOS PSICOANALÍTICOS
DIAGNÓSTICO

Información de Contacto

florencia.almagro@gmail.com

Resumen

El objetivo de este trabajo se orienta a reflexionar sobre algunas de las dimensiones que atraviesan a la práctica psicoanalítica, específicamente en relación a los modos del diagnóstico y al ordenamiento de la psicopatología. Dar cuenta de la complejidad que circunscribe el diagnóstico en términos metapsicológicos y, de este modo, establecer una suerte de distingo con relación a los discursos ideológicos sobre la patología, la salud, la normalidad y las prácticas, dado que esta temática se localiza en un punto de entrecruzamiento de discursos donde se pueden identificar representaciones que no son psicoanalíticas en sentido metapsicológico, sino enunciados ideológicos que en muchos casos llegan a abolir la necesidad de establecer un diagnóstico, presuponiendo que este reproduce las lógicas imperantes en la producción de subjetividad en una sociedad y que por tanto legitima las modalidades de normalización que el imaginario social impone. Por el contrario, este trabajo se propone recuperar la fecundidad del diagnóstico entendido como una operatoria al interior de la propia práctica psicoanalítica, que posibilita despejar las incidencias ideológicas siempre y cuando parta del procesamiento metapsicológico de los fenómenos psicopatológicos. Se intentará mostrar de qué manera el diagnóstico constituye en gran medida la única posibilidad para una orientación de la cura. Desde una lectura problemática, crítica e histórica de la obra freudiana y de algunos autores posfreudianos se pretende producir un trabajo del Psicoanálisis. En términos metodológicos proponemos las siguientes herramientas epistemológicas con las cuales realizar este trabajo de revisión de los fundamentos: 1) poner a prueba la coherencia argumentativa de las teorías, 2) corroborarlas con la práctica, 3) explorar el contexto de producción de los conceptos, 4) dar cuenta de los problemas no resueltos de la práctica que motivan la articulación de respuestas conceptuales.

1. Introducción

Muchas consideraciones se han ido planteando en los últimos años respecto a la tendencia a la patologización del padecimiento humano, principalmente la denuncia -que claramente compartimos-, a la tendencia a la biologización y medicalización con la que se pretende interpretar y abordar las diversas formas de presentación del sufrimiento en niños, niñas, adolescentes y adultos. Problemática insoslayable de la cuestión del diagnóstico.

Indudablemente el diagnóstico es un instrumento que está atravesado por líneas de poder, y allí donde deviene una forma de reificación por parte de los profesionales, puede convertirse en una operatoria de poder que luego termina esterilizando las vías de desarrollo de la práctica.

Por tal motivo, consideramos imprescindible avanzar en la revisión epistemológica y ontológica de las disciplinas, teorías y saberes que intervienen en el campo de la Salud Mental de manera de poder estar a la altura de los cambios culturales y sociales que inciden en las problemáticas humanas que pretendemos modificar. Vigilancia epistemológica con la que se deberían regular los riesgos de "colonización" que la construcción de todo conocimiento puede atravesar por parte del proyecto elaborado por el campo social y sus ideologías dominantes en cada momento histórico (Bachelard, 2000; Aulagnier, 1980).

El objetivo de este trabajo se orienta a reflexionar sobre algunas de las dimensiones que atraviesan a la práctica psicoanalítica, específicamente en relación a los modos del diagnóstico y al ordenamiento de la psicopatología. Dar cuenta de la complejidad que circunscribe el diagnóstico en términos metapsicológicos y, de este modo, establecer una suerte de distingo con relación a los discursos ideológicos sobre la patología, la salud, la normalidad y las prácticas, dado que esta temática se localiza en un punto de entrecruzamiento de discursos donde se pueden identificar representaciones que no son psicoanalíticas en sentido metapsicológico, sino enunciados ideológicos que en muchos casos llegan a abolir la necesidad de establecer un diagnóstico, presuponiendo que este reproduce las lógicas imperantes en la producción de subjetividad en una sociedad y que por tanto legitima las modalidades de normalización que el imaginario social impone. Planteo sostenido en gran medida desde una crítica foucaultiana, legítima cuando se analizan los efectos políticos de las prácticas, pero que termina proponiendo que no habría que diagnosticar para no legitimar el discurso ideológico que normaliza o anormaliza a determinados sujetos. O a la inversa, dado que el diagnóstico tiene este carácter, todo diagnóstico es siempre la imposición de un rótulo, la instrumentación de un etiquetamiento, o un encorsetamiento del funcionamiento psíquico.

Por el contrario, este trabajo se propone recuperar la fecundidad del diagnóstico entendido como una operatoria al interior de la propia práctica psicoanalítica, que posibilita despejar las incidencias ideológicas siempre y cuando parta del procesamiento metapsicológico de

los fenómenos psicopatológicos. Se intentará mostrar de qué manera el diagnóstico constituye en gran medida la única posibilidad para una orientación de la cura; en resumen, desideologizar al diagnóstico para reinscribirlo al interior de las coordenadas de la metapsicología. Lo cual no implica que no consideremos necesario debatir los discursos ideológicos sobre los diagnósticos, sino no confundir ese debate con la anulación de la existencia del hecho psicopatológico en sí.

En este sentido, ha sido un eje central del legado de psicoanalistas como Jean Laplanche y Silvia Bleichmar -sobre los que se apuntalará este escrito- la enseñanza respecto a que no hay forma de poner a trabajar de manera rigurosa las problemáticas psicoanalíticas si no es revisando los fundamentos, identificando los impasses y las contradicciones de los edificios teóricos al punto de testear los grados de coherencia de los enunciados conceptuales, pero siempre en correlación con la puesta a prueba con la práctica en sus alcances transformadores del objeto sobre el que se pretende operar. Retornar sobre los fundamentos para renovarlos y poder repercutir en la práctica. De este modo es una propuesta que no sólo tiene incidencias en la clínica, sino también de una raigambre ética crucial.

Una lectura problemática, crítica e histórica de la obra freudiana y de todos los autores posfreudianos. posibilita un verdadero trabajo del Psicoanálisis. El Psicoanálisis es una teoría en tensión, abierta a revisión y volcada a una tarea de pensar cada momento histórico, pero no para degradarse en un relativismo empobrecedor sino para rescatar la vigencia de los grandes núcleos de verdad que conserva el descubrimiento freudiano.

En términos metodológicos proponemos las siguientes herramientas epistemológicas con las cuales realizar este trabajo de revisión de los fundamentos: 1) poner a prueba la coherencia argumentativa de las teorías, 2) corroborarlas con la práctica, 3) explorar el contexto de producción de los conceptos, 4) dar cuenta de los problemas no resueltos de la práctica que motivan la articulación de respuestas conceptuales. Cuestiones centrales a tener en cuenta si se decide abandonar el uso de ciertas categorías y/o reemplazarlas por otras nociones, sin contemplar los fenómenos que quedan sin explicación.

El propósito de este trabajo es, por tanto, dejar sentadas algunas coordenadas históricas y epistemológicas que permitan visualizar y problematizar el estado de situación en el que se encuentra la psicopatología psicoanalítica, en pos de generar la apertura de un ordenamiento más fecundo.

2. El campo de la psicopatología: tensiones y controversias

Deviene una exigencia de todo modelo teórico-clínico apoyarse sobre el horizonte de problemas de su tiempo. El abordaje de las problemáticas de la subjetividad contemporánea no resulta fecundo si se lo desliga de las condiciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas propias de nuestro momento histórico. Sin embargo, estas necesarias variables de análisis resultan insuficientes, o pueden llevar a explicaciones sociologicistas, si no se las articula con los aspectos

invariables de la constitución del psiquismo, universales que se definen desde el campo específico del psicoanálisis (Bleichmar, 2009).

Como lo plantea S. Bleichmar (2007), la psicopatología constituye un ordenamiento de las formas con las cuales el psiquismo se hace cargo del sufrimiento psíquico. Las psicopatologías son dominancias respecto a los modos con los cuales se estructuran en los sujetos las formas de dominio del sufrimiento psíquico. Idea presente ya desde los comienzos en Freud (1896) al afirmar que la psiconeurosis es defensiva, es decir que el funcionamiento psíquico se produce en pos de organizar una defensa.

Otro punto clave a señalar alude a que todo ordenamiento de la psicopatología produce un recorte del campo, y de este modo ofrece al mismo tiempo un modelo de su organización. Si nos centramos en los

comienzos del Psicoanálisis, se pueden relevar los diferentes momentos en los que Freud fue definiendo reordenamientos psicopatológicos y cómo fue arribando a ello.

El primer propósito fue diferenciar las *parálisis motrices orgánicas* de las *parálisis histéricas*, basándose en la distinción entre una causalidad ligada a una lesión orgánica, de aquellas otras ligadas a un orden representacional y de cantidad de afecto no tramitado que determinaban el síntoma histérico (Freud, 1993). Distinción clave en pos de no interpretar un síntoma neurológico desde el punto de vista psicoanalítico, es decir, de dilucidar cuáles eran las patologías a las cuales se podía aplicar el método. Su concepción dualista lo llevaba a desestimar la idea groddeckiana de que el síntoma neurológico fuera producto de una fantasía.

Entre 1894-1897, Freud estableció la diferencia entre las *neurosis actuales* y las *psiconeurosis de defensa*, cuyo sentido era delimitar cuáles podían ser trabajadas con un tipo de modelo clínico y cuáles no. Mientras las neurosis actuales tenían una causación mecánica, las psiconeurosis remitían a patologías cuya etiología estaba biológicamente instruida, no en el sentido de que la biología instruye, sino a que la memoria se constituye a través de engramas mnémicos que tienen lugar en los sistemas de neuronas (Freud, 1950), lo que hoy formularíamos como lo relativo a los modos de inscripción de lo histórico. Nuevamente el motivo de esta clasificación consistió en evaluar la adecuación del método. Si la psiconeurosis era una neurosis de defensa en donde ha habido una fijación al traumatismo, el develamiento de esos contenidos representacionales y cargas libidinales era a lo que debía apuntar el método analítico.

Otro hito de reordenamiento psicopatológico lo encontramos en 1914 con *Introducción del narcisismo*, en donde Freud distingue, dentro de las psiconeurosis de defensa, entre *neurosis narcisísticas* y *neurosis de transferencia*. Nuevamente el interés es clínico, interno al psicoanálisis. Las neurosis narcisísticas, dice Freud, no son analizables porque son incapaces de transferir, mientras que las neurosis de transferencia sí lo son. Desde los parámetros internos del paradigma se define el cuadro, es decir, la neurosis de transferencia es impensable para una teoría que no

considere que hay un modo de funcionamiento psíquico que se caracteriza por desplazamientos, modos de organizaciones libidinales entre otros ejes. La introducción de la noción de narcisismo y de transferencia reconfiguran el campo y la organización de la psicopatología.

A partir del 24, con el texto *Neurosis y psicosis*, las neurosis narcisísticas se dividen en neurosis narcisísticas propiamente dichas y psicosis caracterizada por el conflicto entre el yo y la realidad.

Se vislumbran posteriormente intentos gnoseográficos parciales, por ejemplo la idea de *la escisión del yo en el proceso defensivo* (Freud, 1940), donde se clasifica a la perversión definida por la escisión con carácter renegatorio. A partir de lo cual Lacan (1984) más tarde trabaja sobre los tres mecanismos de defensa: represión (*Verdrangung*), renegación (*Verleugnung*) y el repudio/forclusión (*Verwervung*), como parámetro ordenador de las estructuras psicopatológicas, modelo en el que encontraremos virtudes y limitaciones.

A partir de este breve recorrido por la obra de partida intentamos mostrar que para Freud la cuestión diagnóstica indagada siempre ha estado al servicio de evaluar las condiciones de analizabilidad del sujeto, es decir de aplicación del método en función del objeto tal como se lo va modelizando metapsicológicamente.

2.1. Los modos actuales de percepción de la patología mental.

Se evidencia en la clínica psicoanalítica cómo han ido variando las formas con las cuales se presentan las consultas en la actualidad, y lo que esto implica respecto a las posibilidades de analizabilidad. Gran parte de los indicadores psicopatológicos que se presentan no son todos ellos fenómenos que puedan ser inicialmente absorbibles por el método analítico en sentido estricto. Se observan problemáticas cuyos psiquismos presentan dificultades para organizar síntomas simbólicamente logrados, con la capacidad estabilizadora de la economía libidinal que el síntoma produce. Por el contrario, predominan formas de desregulación del funcionamiento psíquico; desorganización de los procesos simbólicos o del pensamiento; compulsiones bajo la forma de las múltiples modalidades del consumo; actuaciones que no tienen el carácter típico de los acting histéricos, sino que en muchos casos impresionan como pasajes al acto, pasajes a la motilidad con procesos simultáneos de desimbolización. Sufrimientos que reflejan la sensación del sujeto de quedar inerte frente a ciertas circunstancias que lo superan, muchas veces donde las defensas habituales han dejado de operar.

Estos cambios en la subjetividad de la época actual ha suscitado el debate respecto a si se trata de nuevas patologías o de nuevos modos de presentación sintomática de los desequilibrios de la economía libidinal de las clásicas estructuras psicopatológicas.

Partimos de la concepción del psiquismo propuesta por S. Bleichmar (1994), entendido como un aparato abierto al embate de lo real por traumatismo, porque abre la posibilidad de



pensar que el trabajo clínico se perfila indudablemente de manera diferente cuando estamos frente a un psiquismo cuyas defensas son insuficientes o están desmanteladas para enfrentar ciertas circunstancias. Y esto hace por tanto que la delimitación del estatuto metapsicológico de los fenómenos clínicos sea fundamental a los fines de poder definir el prescriptivo, es decir qué es lo que debemos hacer, qué tipo de intervención es la apropiada; siendo que en numerosas oportunidades estamos frente a fenómenos que son rebeldes a la interpretación, es decir, su estatuto no admite la interpretación como modalidad analítica de abordaje clásico.

J. Laplanche (1990) plantea que en el campo de la teórica es posible identificar dos planos: el descriptivo (el modelo de la constitución del psiquismo y de sus formas de sufrimiento) y el prescriptivo (la estrategia clínica, la electividad de las intervenciones que se juegan después en la práctica). De este modo refiere que para que un prescriptivo, es decir, una intervención tenga eficacia, es preciso que se den ciertas condiciones del descriptivo, es decir, del tipo de fenómeno sobre el cual se pretenda operar.

En esta misma dirección profundiza S. Bleichmar (1986, 1993) introduciendo la diferencia entre *síntoma* y *trastorno*, con la finalidad de mostrar sus diferentes estatutos metapsicológicos y por tanto los abordajes diferenciales. El síntoma es una formación que da cuenta del conflicto intersistémico, intrapsíquico, formación de compromiso, subrogado efecto de "una rehusada satisfacción pulsional", donde un sistema goza a expensas del sufrimiento del otro. Los síntomas no son efecto de la represión, sino del retorno de lo reprimido por sustitución y desplazamiento. Por el contrario, los trastornos aluden a emergencias patológicas que se producen en tiempos anteriores a la diferenciación entre los sistemas psíquicos, a la instalación de la represión originaria -trastornos del sueño, del pensamiento, del aprendizaje, del lenguaje, de la marcha, psicósomáticas-. No atravesadas por el juego entre el deseo y la defensa, no remiten a fantasmas específicos, es decir, que no son abordables mediante el acceso a su contenido inconciente por libre asociación sino por múltiples intervenciones tendientes a un reordenamiento psíquico.

De este modo, no sólo se amplían las herramientas técnicas, sino también los márgenes de la analizabilidad, incluyendo dentro del tratamiento una serie de fenómenos que inicialmente no serían analizables en sentido estricto en la medida en que no exigen la interpretación, pero sí son tratables analíticamente a partir de la posibilidad de elegir entre otro conjunto de intervenciones.

2.2. Influencia del DSM y sus consecuencias

Dos dimensiones han atravesado el campo de la psicopatología desde hace varios años: por un lado el modo con el cual el DSM ha impregnado con sus definiciones y sus esquemas clasificatorios el cercamiento de la patología mental. Y por otro lado, la acumulación de ordenamientos propuestos por las distintas Escuelas psicoanalíticas, con nociones que responden a distintos marcos teóricos, motivo por el cual no se las puede homologar en sus concepciones de base. Como mostraremos a continuación, la problemática de las categorías utilizadas no supone sólo una cuestión de nominación, sino que subyacen profundas divergencias epistémicas, ideológicas y éticas que inciden en la práctica clínica.



Los términos con los que se pretende cercar la psicopatología no son inocuos, remiten a categorías que suponen un recorte de la realidad a partir de modelos con los cuales se piensan los modos con los que está compuesta y determinada esa realidad. Con esto aludimos a que el uso expandido de las categorías *bipolar*, *trastorno obsesivo-compulsivo*, *trastorno de espectro autista*, *trastorno generalizado del desarrollo*, *trastorno de hiperactividad con déficit de atención*, *trastorno de la alimentación*, entre muchas otras, no apunta a dar cuenta de nuevas patologías producto de la época, sino que intenta definir una etiología de orden neurobiológico y una dilución de las estructuras productoras de síntomas en el interior de descripciones carentes de toda determinación psicogenética, a partir de las cuales se prescriben operatorias cortas basadas en terapias cognitivo-conductual y/o medicación.

Para explorar esta cuestión resulta interesante recuperar una crítica formulada desde dentro mismo del campo disciplinar de la Psiquiatría, dado que dicha comunidad científica no presenta un enfoque homogéneo al respecto.

Uno de los autores que ha investigado críticamente la pérdida de la dimensión antropológica de la tarea de los profesionales de la salud, especialmente en el campo de la Medicina, ha sido el médico psiquiatra Juan Carlos Stagnaro (2004, 2006). Según sus consideraciones, la influencia y el poder de la tecnología en las últimas décadas ha empobrecido la perspectiva humanística de la labor médica. La elaboración de los diagnósticos y las terapéuticas ha sido reducida a cifras estadísticas y criterios mecanicistas biológicos de normalidad y salud. Desde su perspectiva señala la existencia de una lucha política al interior de la ciencia, en la que juegan factores internos y externos que no solamente responden a razones de tipo epistemológico, sino también a cuestiones ideológicas, económicas y corporativas, que determinan en cada época el paradigma científico que hegemoniza el período. Identifica en ese sentido la caída del Estado Benefactor, la mercantilización de los Servicios Médicos y la crisis del Hospital Público, la precariedad del empleo profesional, el nuevo perfil de los usuarios (ex pacientes), los intereses de las industrias farmacéutica y de aparatología, influyendo en la conformación de la currícula de la formación de grado y postgrado y en el ejercicio profesional. Estado de situación desde el que aventura la afirmación de que el paradigma médico se encuentra en crisis.

Por otro lado, para este autor, desde el punto de vista epistemológico interno, la Psiquiatría muestra una carencia de consenso en la comunidad de especialistas respecto del paradigma psiquiátrico contemporáneo, observándose relaciones cada vez más arbitrarias entre los gestos técnicos y la capacidad de formalizarlos teóricamente en forma consensuada.

El paradigma dominante hasta los años '70, el de las Grandes Estructuras Psicopatológicas, surgido de la influencia de las Gestaltheorie, la lingüística estructural y la neurología globalista y expresado en las corrientes fenomenológicas (...) en el psicoanálisis y en el organodinamismo de Henri Ey,

ha sufrido una desagregación tal, que bien podemos catalogar nuestra situación actual como de crisis paradigmática, en el sentido en que emplea este término Thomas Kuhn (2004, p.4).

Hasta ese momento el paradigma dominante era el de las grandes estructuras psicopatológicas, y el campo de la nosología psiquiátrica estaba, en último término, dividido entre las neurosis y las psicosis, y todas las formas que provienen de la psiquiatría clásica -psicosis maníaco depresiva, esquizofrenia, delirios crónicos varios- no eran más que variedades de la psicosis o variedades de la neurosis. Algo así como la exteriorización objetivable de las estructuras subyacentes que era lo esencial.

La irrupción de los psicofármacos y la progresiva aparición de nuevos constructos clínicos - toxicomanías, trastornos alimentarios, etc.- entre otros factores, cuestionó la dicotomía estructural anterior y generó el surgimiento de otras categorías en torno a las cuales se pretende conformar una nueva propuesta paradigmática, desde la cual se concibe que "la mente es la expresión orgánica de la actividad del cerebro, por lo que se espera, algún día, alcanzar una comprensión completa de todas las enfermedades mentales" (Stagnaro, 2004). Estructura de pensamiento de fuerte cuño neopositivista y reduccionista biológico que se asienta en el siguiente trípode conceptual:

- Identificación objetiva de los trastornos (síndromes) mentales por vía de una descripción "a-teórica" (DSM IV)
- Progresiva correlación bi-unívoca entre cada síndrome así descrito y una eventual fisiopatología cerebral.
- Terapéutica de dicha alteración fisiológica propuesta mediante tratamiento farmacológico combinado con psicoterapias cognitivas y cognitivo-conductuales.

Siguiendo el planteo de Stagnaro, estos pilares conceptuales no tienden, en su desarrollo, hacia una mayor coherencia interna, sino que, por el contrario, acumulan anomalías y nuevas incógnitas de investigación que, por muy fructíferas que prometan ser, sólo constituyen una probabilidad de nuevos saberes positivos aún por conquistar, y no conocimientos asentados como para operar con ellos como verdades instrumentales sólidas. Las clasificaciones criteriológicas tropiezan con la enorme dificultad de dividir en forma categorial conductas que se resisten a ello. (...) severas dificultades como para que se le adjudique el estatuto de nuevo paradigma dominante en la Psiquiatría (Stagnaro, 2004)

Se ha confundido al DSM con un manual cuando no constituye más que una propuesta de clasificación, un gran cuadro sinóptico presentado bajo la forma de libro. Explícitamente, los autores del DSM han intentado, con el concepto de a-teoricismo, describir exclusivamente y en forma objetiva los síntomas que observaban. Pero resulta imposible epistemológicamente

nombrar y describir sin hacer referencia a una teoría; las palabras vehiculizan tomas de posición filosóficas y científicas. De hecho, el DSM no es una nosografía a-teórica, tal como lo indican las referencias que se tomaron para su formulación, se refleja una nosografía multi-teórica, ecléctica (Stagnaro, 2009).

Podríamos preguntarnos, dice Stagnaro, si el fármaco no viene justamente a responder a lo que plantea Bercherie, en *Los Fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, cuando dice que, de alguna manera, la psiquiatría clásica fracasa, o entra en impasse, porque no puede resolver el tema de la tensión entre la clínica y la etiología. Nosotros podríamos agregar asimismo que muchas veces el aferramiento a estas categorías y el recurso a la medicación se pone al servicio de calmar la angustia que produce a los profesionales el encuentro con el sufrimiento psíquico del otro y el horror ante el vacío de saber.

Cabe señalar el efecto performativo que tienen estas prácticas. En el DSM, por ejemplo, no aparecen términos como vínculo, relación interpersonal, el término neurosis fue expresamente eliminado; están anulados todos los significantes que puedan expresar una temporalidad biográfica del sujeto. Y esto va despojando de subjetividad al diagnóstico, que en su pretensión objetiva pierde la dimensión de la persona humana, la cosifica (Stagnaro, 2009)

Indudablemente todo esto también interpela fuertemente al psicoanálisis. Siendo la teoría conjetural de lo psíquico más completa y potente con la que cuenta la cultura occidental en este momento, sin embargo, como lo advirtió S. Bleichmar (2005), corre riesgo de implosionar por sus propias contradicciones internas, no tanto por el avance de las neurociencias o de las terapias alternativas.

Las categorías se ordenan en conceptos y determinan un campo de pertenencia y al mismo tiempo un campo de acción. Cada categoría diagnóstica define el tipo de intervención que corresponde. Por ejemplo, hablar de *trastornos de la alimentación*, dentro de la cual se clasifica a la anorexia y la bulimia, supone despojar a la psicopatología de los determinantes representacionales y libidinales en la causalidad de estos sufrimientos, conduciendo por tanto también a abordajes inadecuados. Reducir la alimentación a su carácter nutricional, supone eliminar la función de la oralidad y la problemática del deseo, además de elidir la articulación del síntoma a la estructura de base a la que responde. Es sabido que no es lo mismo una anorexia en una estructura psicótica determinada por ansiedades psicóticas o por un fantasma de envenenamiento, que una anorexia histérica relacionada con trastornos del narcisismo que conducen a la necesidad de contrainvestir masivamente la pulsión oral. Es indispensable considerar que la producción de subjetividad actual impone la delgadez como modelo de ideal femenino, sin embargo sigue vigente el conflicto entre el yo ideal y el deseo oral, entre la oralidad y el yo, entre el narcisismo y el deseo inconciente.

Otro ejemplo lo encontramos en la nominación de *trastornos de la adicción*, ¿hasta qué punto este ordenamiento descriptivo puede considerarse una patología en sí misma? El trastorno de adicción lo podemos encontrar en pacientes depresivos, en sujetos psicóticos, hasta responder a cuestiones culturales, como la adicción a la marihuana forma parte de nuestra cultura. Lo central es por tanto indagar la forma que asume, en qué estructura se inserta esa adicción.

En el mismo sentido, no es lo mismo hablar de *bipolar* que de maníaco depresivo. Lo maníaco depresivo responde a una forma de expresión de las representaciones y los afectos, y está dando cuenta que un ser humano oscila entre la euforia y la depresión como una forma de manejar sistemas de sentido, conjuntos representacionales; mientras que lo bipolar es un retorno de los modos biologists en el interior de la psicopatología.

Luego de este sucinto recorrido, nos proponemos resaltar la vigencia de la determinación representacional del sufrimiento psíquico, el hecho de que la proveniencia de la materialidad representacional no es del campo de la delegación de lo somático en lo psíquico, no se reduce a la biología ni a lo corporal, sino que se instala a partir de la intervención erógena que produce el otro sobre la cría humana en su indefensión (Laplanche, 1987, 1989). Mundo representacional que no va a estar al servicio de la resolución de las tensiones de necesidad desde el punto de vista biológico, sino de la regulación de la economía psíquica.

La determinación del sufrimiento psíquico está constituida por constelaciones de representaciones, átomos de representación que no necesariamente son del orden de la subjetividad, representaciones que operan como cosas, y que tienen que ver con la construcción de sentido, determinando vivencias que deben ser apropiadas por el sujeto de manera significativa para poder transformarse en una experiencia.

Es síntesis, la biología no puede explicar nunca el modo con el que se constituye el sistema de representaciones ni tampoco el modo en el que se organiza el sufrimiento humano que se abre siempre no en correlato sino en oposición a la determinación biológica; aunque no se puede desconocer que para algunas entidades, como en el caso de ciertos autismos, cada vez se plantea más claramente la existencia de ciertos determinantes biológicos, sin embargo no significa que esos determinantes sean la variable que va a determinar la emergencia del cuadro sino sólo la condición de posibilidad de que se instaure.

2.3. Al interior del psicoanálisis: psicopatología despereja y difusa

En función del modo con el que funciona el psicoanálisis, como ciencia en crisis que no puede organizar paradigmas unificados, se ha ido acumulando un conjunto de cercamientos de los fenómenos que se caracteriza porque cada Escuela ha seguido avanzando en su denominación de los modos de resolución del sufrimiento psíquico. Siendo esto más complejo aún dentro de la psicopatología infantil, no sólo debido a la dificultad para enfrentar los procesos cambiantes que se despliegan a lo largo de la constitución psíquica del niño, sino también por las diversas

posiciones metapsicológicas que guardan los analistas respecto a los ordenadores con los cuales se la pretende cercar.

Descubrimientos sumatorios que responden a distintos modelos teóricos. Sólo por tomar algunos ejemplos, se puede ver que coexisten los *trastornos narcisistas* descritos por H. Kohut (1989), con las *neurosis de transferencia* que definió Freud, con la *psicosis simbiótica* caracterizada por M. Mahler (1977), con el concepto de *barreras autistas* de F. Tustin (1997), con la distinción entre *neurosis*, *psicosis* y *perversión* propuesta por Lacan (1984). Categorías que no aluden a distintas denominaciones de los mismos cuadros, en la medida en que el cuadro implica no solamente un modo de concebir su determinación sino también todo un nexo conceptual que lo define como tal; es decir, no pueden entenderse las formas de las psicosis desde el modelo de Mahler si no se lo articula con la noción de simbiosis originaria. Del mismo modo, las estructuras lacanianas se organizan en torno al eje de la circulación del falo y el significante del Nombre del padre.

En el campo psicoanalítico se pueden visualizar dos tendencias dominantes de explicación psicopatológica. Una *concepción evolutiva*, con un determinismo endogenista como el presente no sólo en la Ego Psychology, sino en Freud mismo, en un texto como *Tres Ensayos de teoría sexual*, en donde las fases de la libido se suceden unas a otras como en una suerte de preformado. A partir del concepto de fijación y del concepto de estadio o fase libidinal, la patología es planteada como la detención en un estadio; derivando de ello una teoría pendular de la cura que orienta el trabajo hacia el punto de partida en el cual quedó detenido algo para ponerlo en marcha nuevamente. Perspectiva hoy insostenible, de la que se deduce que la patología es algo del orden de lo endógeno disparado, es decir que esa persona, en cualquier circunstancia y bajo cualquier determinación, podría producir esa patología, y no algo que se construye a partir de la relación del psiquismo con lo que le llega del exterior.

Si bien esta teoría de la fijación a los estadios impregnó a buena parte del psicoanálisis, coexistió en sus contradicciones con otras teorías como el kleinismo, que si bien usó el concepto de fase, lo hizo desde una tendencia más estructuralista, no evolutiva. Las posiciones esquizoparanoide y depresiva fueron planteadas como posiciones que se pueden alternar, a las que el sujeto puede volver, pero desde una perspectiva estructural, donde se articula un tipo de relación de objeto, un tipo de defensa, un tipo de ansiedad, una dominancia del funcionamiento libidinal, un tipo de fantasma que implica básicamente un modo de funcionamiento psíquico más integrativo o menos integrativo.

La otra tendencia explicativa de la psicopatología la constituyó la *concepción estructuralista*, representada en el modelo de Lacan con las tres entidades -psicosis, perversión y neurosis-, definidas a partir del eje centrado en torno a la circulación del falo y el significante del Nombre del padre. Ordenamiento que tuvo la virtud de plantear dominancias estructurales, pero que acarrió el problema de anular la historia y homogeneizar la estructura alrededor de un solo

elemento. Desde esta escuela se han planteado estructuras homogéneas, definidas por la operancia de un sólo mecanismo de defensa, excluyentes de un modo absoluto unas de otras. Por el contrario, la clínica demuestra que las presentaciones psicopatológicas exceden esa pretensión taxonómica de armar entidades tan claras y distintas. En el mismo sentido, no permite recoger todo el conjunto de particularidades que específicamente ofrece la clínica y obliga a un movimiento de forzamiento de inclusión de los particulares en un universal que no los contiene necesariamente.

Si bien la noción de estructura sigue cobrando valor para pensar al sujeto psíquico, el paradigma desde el cual el psicoanálisis introdujo la noción de estructura ha devenido un obstáculo epistemológico. El estructuralismo es un modelo que tuvo dominancia epistemológica durante la segunda mitad del siglo XX en todas las disciplinas humanas (Lingüística, Antropología, Psicoanálisis, Psicología, Semiótica); con la pretensión de leer las estructuras -sean estas míticas, psíquicas, sociales, psicopatológicas, lingüísticas- desde un modelo universalista, transhistórico, ahistórico, formalista y transubjetivo.

Dentro del psicoanálisis se ha planteado del mismo modo la estructura como un a priori, una estructura sin génesis. En ese sentido lo propio de este modelo psicoanalítico es resolver las anomalías a partir de la producción de hipótesis ad-hoc para evitar la caída del estado de ciencia normal, siguiendo la perspectiva de Tomas Kuhn. Categorías como *psicosis ordinaria*, al igual que la idea de los *inclasificables* (Tendlarz, 2007), vienen a intentar acomodar aquello que el modelo no logra resolver: ¿cómo es posible que se presente una psicosis sin ninguno de los requisitos que definen a ese cuadro? Si se define la estructura a partir de la forclusión del significante primordial y por tanto se entiende al delirio como una forma de restitución a posteriori, ¿cómo es posible que haya psicosis en las cuales esos mismos elementos no estén presentes? En lugar de llevar a una revisión de la noción de estructura, se incluye una hipótesis paralela que opera por sumatoria y de este modo se atenta contra la propia vitalidad de la teoría. Tratando de mantener la teoría se le está haciendo perder cierto orden de científicidad, dado que, como lo ha demostrado Popper, toda teoría se sostiene siempre que soporte la falsación.

En este tipo de encrucijadas psicoanalíticas es donde S. Bleichmar (2005) plantea la idea de "sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre", y para ello habría que remover el obstáculo epistemológico producido por el estructuralismo, sin dismantelar la noción de estructura.

3. Dominancia estructural. Heterogeneidad de las corrientes psíquicas

Cierto desprecio por la fenomenología del síntoma se puede observar al momento de explorar las características de la psicopatología que tenemos a disposición en la actualidad. La superposición de clasificaciones de la semiología psiquiátrica clásica con ordenamientos "intra corpus" mediante los cuales las diversas escuelas psicoanalíticas han extendido, en un intento organizador de la clínica, sus diversas perspectivas teóricas, plantea la necesidad de revisar los alcances de la teoría de las neurosis. Nociones como "patologías del pseudoself", los "trastornos

narcisistas de la personalidad", los "pacientes psicósomáticos", "partes psicóticas de la personalidad", "barreras autistas en pacientes neuróticos", "borderline", "psicosis histérica", son algunas de las denominaciones con las cuales se sostienen diagnósticos para entidades que en épocas de Freud se encuadraban perfectamente en el terreno de la neurosis.

Con el objetivo de poner a trabajar la tendencia dominante de diversas perspectivas que tienden a anteponer "la estructura psíquica" al diagnóstico sintomal, es que S. Bleichmar (1986) se adentra en el estudio de la represión originaria, mecanismo central fundante de la tópica psíquica, es decir de la diferencia inter-sistémica en tanto condición de posibilidad del conflicto intrapsíquico y de las formaciones de compromiso -síntomas, sueños, actos fallidos, olvidos-.

Al resituar el concepto de *represión originaria* y el lugar de esta en la constitución del aparato psíquico, lo despoja del carácter mítico que asumía en la teoría freudiana y lo hace circular bajo una racionalidad nueva. Concebida como un mecanismo real, cercable históricamente en los tiempos lógicos de constitución del psiquismo, abre una nueva perspectiva para entender la heterogeneidad de la materialidad psíquica y los modos de simbolización que conforman al aparato psíquico.

Bleichmar explica que opta por el concepto de *represión originaria* en lugar de primaria para plantear que no es algo que remita a los primeros tiempos de la vida, aunque se produzca allí, sino porque "da origen a", es un mecanismo real que funda el sistema lcc en diferenciación con el sistema Precc-Cc. Opción teórica que sustenta en la práctica, en la posibilidad no sólo de fundarse sino también de recomponerse aún en pacientes que ya no son niños, de rearticularse las relaciones entre los sistemas psíquicos en muchos casos en los que no se ha instaurado o que ha caído a causa de estallidos graves.

Si la teoría de la represión es la piedra angular sobre la que reposa en psicoanálisis la teoría de la neurosis, esto se debe a que está en correlación con el concepto de *inconciente*, y por ende, de sujeto escindido, es decir de sujeto en conflicto. De estas premisas es que Freud (1926), en *Inhibición, síntoma y angustia*, define al síntoma como "un signo y un sustituto de una inlograda satisfacción pulsional, un resultado del proceso de la represión" (p. 87), una emergencia psicopatológica de carácter simbólico.

En resumen, los articuladores conceptuales que permiten definir la noción de neurosis han sido planteados por Freud: represión, conflicto y el síntoma como una solución psíquica, una resultante del trabajo espontáneo de recomposición y de reequilibramiento intersistémico, sin intencionalidad alguna, no dirigido a nadie; premisas freudianas que es crucial seguir sosteniendo. Sin embargo, no todos los fenómenos psicopatológicos responden a este estatuto metapsicológico.

En este sentido, la autora considera que no pueden ser considerados síntomas en sentido estricto todas las manifestaciones patológicas o disruptivas mediante las cuales los seres humanos manifiestan una tensión sufriente. Denomina *trastornos* a "aquellas emergencias patológicas que

se producían en tiempos anteriores a las diferenciaciones entre los sistemas, a la instalación de la represión originaria" (Bleichmar, 1993a, p. 259).

Trastornos del pensamiento, del aprendizaje, del lenguaje, de la marcha, que no son efecto de inhibiciones secundarias a un síntoma, no pueden ser concebidos, salvo en sentido extenso, como "sintomatología"; metapsicológicamente deberemos considerarlos de un orden distinto, no atravesados por el juego entre el deseo y la defensa, no remitiendo a fantasmas específicos, en fin, no siendo pasibles de ser resueltos mediante el acceso a su contenido inconciente por libre asociación sino por múltiples intervenciones tendientes a un ordenamiento psíquico. (Bleichmar, 1993a, p. 259)

A partir de su premisa teórica que sostiene que el inconciente no es un existente desde los orígenes, sino efecto de una fundación operada por la represión originaria, una de sus preocupaciones ha sido diferenciar entre la constitución del inconciente y las inscripciones sobre las cuales la represión se establece. Es en esta dirección que relata el trabajo con los padres de un bebé de cinco semanas de vida que presenta un trastorno precoz del sueño.

Se trataría, en realidad, de formular, para los primeros tiempos de la vida -tiempos en los cuales ya las inscripciones sexualizantes que dan origen a la pulsión se han instaurado, pero cuya fijación al inconciente aún no se ha producido porque la represión no opera-, siguiendo los modelos freudianos de las formas de circulación de la economía libidinal, un *Más acá del principio del placer*. (Bleichmar, 1993a, p. 20)

Recuperando el concepto de economía libidinal reubica la cuestión de las pulsiones sexuales desligadas que funcionan según el principio de energía libre, cuya meta es la pura descarga aunque nunca alcanzable totalmente dado que la pulsión es inevacuable; elementos desligados que una vez constituido el yo son hostiles a esta instancia y tienden a desestabilizarlo. "Los destinos de pulsión son destinos del aparato psíquico. La pulsión tiende a la resolución de su meta; son los diques que a ello se oponen los que van generando las transformaciones que operan en la constitución psíquica" (Bleichmar, 1993a, p. 268).

Entre el proceso primario y libre y el proceso secundario y ligado existen, según esta autora, formas intermedias y pasajes posibles. La introducción de un "más acá del principio del placer" tiende a cercar estas modalidades intermedias de la economía libidinal. De este modo concluye que de lo que se trata en este cachorro humano es de una compulsión de repetición que intenta una evacuación de la energía, ya que los sistemas de ligazón no se han constituido aún. En la misma dirección plantea:



Un niño que tiene alteradas las relaciones témporo-espaciales, que posee una rigidización motriz que dificulta el manejo del lápiz para la escritura - no padeciendo, por otra parte, ningún tipo de lesión orgánica-, no tiene "un síntoma para el aprendizaje", sino un trastorno en la constitución de su aparato psíquico que se relaciona con una perturbación en la instalación de la tópica psíquica, la cual da origen a las relaciones témporo-espaciales que el yo instaura (...) Del mismo modo, ¿pueden ser realmente considerados "síntomas" una enuresis o una encopresis primaria desde el punto de vista psicoanalítico? El hecho de que un sistema (el inconciente) goce a expensas del sufrimiento de otro sistema (el preconciente, el yo) es la regla de la formación de síntomas. (Bleichmar, 1993a, pp. 259-260)

De estas consideraciones metapsicológicas, la autora también deja abierta la posibilidad de que ciertas inscripciones, efecto de traumatismos severos, no logren el estatuto de "inconcientes" y queden libradas a una circulación amenazante por la tópica psíquica cuya estabilidad ponen en riesgo, dando lugar a trastornos, en razón de que por su imposibilidad de entrar en formaciones de compromiso, transaccionales, no permiten la formación de síntomas en sentido estricto (Bleichmar, 1993a).

Es indudable que la categoría de trastorno pueda extenderse a múltiples formaciones psicopatológicas que no se reducen a aquellas de la primera infancia. Emergencias psicosomáticas, modos de contrainvestimento compulsivo (...), formas de emergencia de angustia masiva que no logran una resimbolización que les permitiera fobizarse, no pueden, en sentido estricto, ser concebidas como síntomas. (Bleichmar, 1993b, p. 489)

El hecho de que la represión opere de manera individual, tal como lo formulara Freud, da lugar a considerar que no todas las representaciones tendrán necesariamente el mismo destino al interior del psiquismo; por lo cual toda la psicopatología freudiana de la neurosis se basa en la idea de diferentes corrientes de la vida psíquica. Como señalábamos anteriormente, ha sido el estructuralismo el que introduce la idea de la dominancia del modo defensivo y en función de ello, la organización de una homogeneidad estructural.

Ahora bien, en el marco de la polémica en torno al determinismo estructuralista en los años 90, S. Bleichmar acuña la noción de *dominancia estructural*, dado que la idea de un determinismo a ultranza, tornaba absolutamente paralizante la posibilidad de instrumentar un proceso de transformación clínico.

Trabajar desde este modelo implica varias cosas: En primer lugar, cada vez que se plantea un diagnóstico en términos de estructura se lo realiza en base al modo de funcionamiento que gobierna globalmente a la estructura, pero no excluye la posibilidad de que otras corrientes de la vida anímica puedan no ser homogéneas a esa dominancia estructural. Esto abre la posibilidad de encontrar dentro de unas neurosis fenómenos psicopatológicos no neuróticos en sentido estricto;

por lo cual se torna fundamental poder advertir el nivel de prescriptivo que corresponde respecto de esos fenómenos. Pensar en términos de dominancia estructural implica por un lado pensar en una dimensión metapsicológica, cómo uno piensa el psiquismo, su constitución y su modo de funcionamiento; pero también supone una dimensión clínica porque determina las formas de intervención del prescriptivo. Como lo fundamentó Freud desde los orígenes, el método debe estar siempre subordinado al objeto.

En segundo lugar, tiene que ver con reconocer que existe heterogeneidad de los niveles de simbolización, es decir que no toda materialidad psíquica se encuentra articulada en los mismos términos o pertenece al mismo régimen de organización representacional. Hablar de dominancia de la estructura alude al modo con el cual se articulan los conjuntos de representaciones en relación a formas de organización predominantes, pero implica también que pueden coexistir distintas corrientes psíquicas en un mismo sujeto, pero en un estrato más secundario. Por lo cual es sumamente importante no anudar previamente la aparición del "síntoma" a la estructura sino explorar qué lugar ocupa dentro de la dominancia estructural.

4. Consideraciones finales

Despejar las anomalías del paradigma psicoanalítico poniendo a trabajar sus fundamentos creemos que es la vía más fecunda para contrarrestar la tendencia a la patologización pregnante en el campo de la salud mental. La cura no se produce por añadidura, sino que está en el eje mismo de la práctica psicoanalítica. Pretender aliviar el sufrimiento de una amplia gama de sujetos cuya compleja humanidad se ve amenazada por los modos de descomposición que el contexto socio-económico impone, coloca al psicoanálisis en un lugar central, pero no por ello sin riesgos, como el de agotarse en un circuito de formulaciones carentes de respuesta, de enunciados vacuos que circulan sin sostenerse más que en una realidad discursiva que no enraíza en lo histórico-vivencial.

Concebir un psiquismo abierto a lo real y sometido al *après-coup* (Laplanche, 1989; Bleichmar, 1994) conlleva poder analizar el impacto de lo real traumático y sus desenlaces en el sujeto psíquico. Sin embargo, resulta central concebir la idea de que entre aquello que ingresa del exterior y aquello que aparece como producción psíquica hay un procesamiento tal que le da su especificidad y singularidad a las formas con las que los seres humanos organizan su relación con los sufrimientos que experimentan.

La psicopatología no es el resultado del embate del inconciente, sino de la relación que existe entre los modos con los cuales se definen las representaciones ideativas del yo respecto al inconciente y respecto a su relación con lo real, y los modos con los que se plantean la incorporación de valores del superyó. En la medida en que la sociedad produce constantemente destinos pulsionales diferentes, es inevitable que la psicopatología se modifique. De manera que el sentido de trabajar este campo, es generar mejores condiciones para pensar nuestra clínica.



Desde el modelo que proponemos, la estructura es el resultado de un proceso de génesis, y de una génesis no mítica, sino histórica y real; determinada por una pluricausalidad, sólo componible a posteriori. Esto abre todo un campo de intervenciones posibles que amplía de un modo extraordinario al propio psicoanálisis y a las herramientas que tenemos como intervención.

No se puede empezar una operatoria de trabajo psicoanalítico si no se define el campo de pertenencia del fenómeno que se pretende abordar. La definición del método para abarcar entidades neuróticas y no neuróticas, requiere de un modelo que permita conceptualizar los momentos estructurales con los que nos encontramos, y a partir de allí, evaluar si lo adecuado es el método de la interpretación o el método de la construcción o el método del reordenamiento de las representaciones o el método de la resubjetivación. Esto dependerá, por supuesto, no del diagnóstico en el sentido de etiquetamiento sino de la comprensión metapsicológica que lleva a los dominios estructurales y sus heterogeneidades simbólicas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, Washington DC.
- Bleichmar, S. (1986). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bleichmar, S. (1993a). *La fundación de lo inconciente*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bleichmar, S. (1993b). Qué se sostiene hoy de una teoría de las neurosis. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA)*. Vol.XV, Nº 3, 1993.
- Bleichmar, S. (1994). *Repetición y temporalidad: una historia bifronte*. S. Bleichmar (comp.) *Temporalidad, determinación, azar* (pp. 45-75). Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2005). *Sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre. Una propuesta respecto al futuro del psicoanálisis. La subjetividad en riesgo* (pp. 107-124). Buenos Aires: Topía Editorial.
- Bleichmar, S. (2007). Clase dictada en el marco del Seminario "La psicopatología: un reordenamiento necesario". Recuperado de <http://www.silviableichmar.com/framesilvia.htm>
- Bleichmar, S. (2009). *Producción de subjetividad y constitución del psiquismo. El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo* (pp. 33-49). Buenos Aires: Editorial Topía.
- Freud, S. (1893/1994). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Obras Completas*. Vol. I (pp.191-210). Buenos Aires: Amorrortu editores.



- Freud, S. (1896/1997). Nuevas puntualizaciones sobre las psiconeurosis de defensa. Obras Completas. Vol. III (pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914/1993). Introducción del narcisismo. Obras Completas. Vol. XIV (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924/1993). Neurosis y psicosis. Obras Completas. Vol. XIX (pp. 151-159). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926/1992). Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas. Vol. XX (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1940/1996). La escisión del yo en el proceso defensivo. Obras Completas. Vol. XXIII (pp. 271-278). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1950/1994). Proyecto de psicología. Obras Completas. Vol. I (pp.323-446). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kohut, H. (1989). Análisis del self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lacan, J (1984/2009). El seminario 3: Las psicosis. 1955-1956. Buenos Aires: Paidós
- Laplanche, J. (1987). Vida y muerte en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Laplanche, J. (1989). Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Laplanche, J. (1990). La cubeta. Trascendencia de la transferencia. Problemática V. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Mahler, M. (1977). El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Marymar
- Stagnaro, J.C. (2004). Crisis de la psiquiatría. En revista Topía, Bs. As., Abril/2004. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-de-la-psiquiatr%C3%AD#.WlXqVm4wRy4.gmail>
- Stagnaro, J.C. (2006). Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy. En Revista Psicoanálisis de APdeBA. Vol. XXVIII, N° 1, (187-203).
- Stagnaro, J. C. (2009). El diagnóstico, llave de la terapéutica. Nosografías criteriológicas contemporáneas. El Psicoanálisis en la cultura. Entrevista en I Jornada de actualización organizada por la Asociación de psiquiatras cordobeses (ApsiCo), auspiciada por APSA, el 18 de Septiembre de 2009.

Tendlarz, S. (2007). Lo inclasificable. A.A.V.V. La variedad de las prácticas. III Encuentro americano del Campo Freudiano, E.O.L. Buenos Aires, (31-35). Recuperado de:

http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Otras-tematicas/07-00-00_Lo-inclasificable.html

Tustin, F. (1997). Barreras autistas en pacientes neuróticos. Buenos Aires: Amorrortu editores.