

La extensión del psicoanálisis en la institución de salud pública

EXTENSIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA

The extension of Psychoanalysis in the Public Health Institution

Nicolás Campodónico

nicolas_campodonico@hotmail.com

Facultad de Psicología | Universidad Nacional de La Plata

Resumen

El presente artículo es resultado de mi tesis doctoral *Presentación y formalización del síntoma: psicoanálisis aplicado en Centros de Salud de La Plata* (2017), en la cual abordo la extensión del Psicoanálisis en su práctica y los problemas que se le presentan para responder a la demanda social. Se retoma la problemática del Psicoanálisis Aplicado en la Institución de Salud Pública, tanto en la actualidad como los orígenes de la aplicación del Psicoanálisis en la clínica de Berlín.

Del mismo modo, presento la solución como intento de respuesta de las exigencias actuales mediante los centros psicoanalíticos de consulta y tratamiento. Para, de esta forma, problematizar la clínica psicoanalítica, se trabaja el condicionamiento histórico-cultural y su incidencia en los cambios en la envoltura formal del síntoma, así como la importancia de la presentación de los llamados “nuevos síntomas”.

Palabras clave: Psicoanálisis; demanda psicoterapéutica; síntoma; diagnóstico diferencial

Abstract

This work is the result of the doctoral thesis *Presentation and formalization of the symptom: psychoanalysis applied in Health Centers of La Plata (2017)*, which deals with the extension of psychoanalysis in its practice and the problems that are presented to respond to social demand. This is how the problem of Applied Psychoanalysis in the Public Health Institution resumes, both nowadays and the origins of the application of Psychoanalysis in the Berlin clinic.

In the same way, we present the solution as an attempt to respond to current demands through the psychoanalytic centers of consultation and treatment. In order to problematize the psychoanalytic clinic, it is approached the historical-cultural conditioning and its incidence in the changes in the formal envelope of the symptom, as well as the importance of the presentation of the so-called "new symptoms".

Keywords: Psychoanalysis; psychotherapeutic demand; symptom; differential diagnosis

A. Introducción

Uno de los ejes que atraviesan el presente trabajo resulta de lo abordado en la tesis doctoral, tiene que ver con la inserción del Psicoanálisis en las instituciones de salud y su consecuente articulación con las estrategias terapéuticas. (Campodónico, 2017) Podemos retomar que el Psicoanálisis en la institución pública es una cuestión que concierne a su aplicación a la terapéutica y se trata, como es sabido, de su diferencia con la psicoterapia, es decir, con otras formas de tratamiento del síntoma por la palabra. Si bien comparten el uso de la palabra como instrumento en la cura, la diferencia no reside en la duración del tratamiento o el tiempo de la sesión. Lo que marca la separación con otras terapias de la palabra es la dirección de la cura, la manera como, en nuestro caso, el analista dirige, no al paciente, sino el tratamiento, especialmente en relación con la transferencia, la interpretación y el deseo del psicoanalista.

Se puede decir que las psicoterapias agrupan las prácticas más variadas; unas tienen como finalidad rectificar el yo consciente de los sujetos y devolverlos a las normas sociales; otras buscan dominar las emociones para evitar los desbordes y se dedican a enseñar habilidades

sociales y de conducta. El discurso médico, por otro lado, promete la cura por medio del fármaco. En suma, existe un sinnúmero de técnicas terapéuticas y ofertas de tratamiento, que pasan por la sugestión, la educación, la gimnasia, la manipulación, las técnicas de autoayuda, los grupos de apoyo, las políticas de laboratorios y otras que, en definitiva, evidencian técnicas cada vez más variadas y numerosas, ofertadas a los sujetos y demandadas con la esperanza de conseguir algún consuelo o remedio para cada padecimiento.

El Psicoanálisis aplicado a la terapéutica, nos conduce a la necesidad de especificar qué entendemos por terapéutica en Psicoanálisis. Si bien, tanto Sigmund Freud como Jacques Lacan, se orientan más allá de la búsqueda de efectos terapéuticos, para ambos el Psicoanálisis es una terapéutica. A partir de su descubrimiento del inconsciente, Freud ([1923] 2005) crea el Psicoanálisis como un método para tratar a sus pacientes, cuyos síntomas eran el resultado de sus determinaciones inconscientes. Mientras que para otras psicoterapias lo terapéutico sería devolverle al sujeto enfermo la salud mental, desde el Psicoanálisis se sabe que no hay tal salud mental, que el ser humano padece de “lo incurable”, de aquello que no marcha, de un goce que lo invade o lo mortifica y al que el autor llamó “castración” y que, Lacan por su parte, lo define como que “no hay relación sexual”, hay incurable. Para Freud “restos sintomáticos”, para Lacan “inadecuación radical”, por lo tanto, los efectos terapéuticos siempre serán relativos. Allí donde el paciente se presenta, desde sus inhibiciones, sus síntomas o sus angustias, sabemos que lo que se oculta es su modo singular de goce, que allí donde cree padecer, se oculta una satisfacción de la cual nada sabe ni quiere saber.

Desde las primeras entrevistas, orientamos la intervención a fin de conducir al sujeto a la obtención de algún grado de saber sobre su posición de goce y, simultáneamente, al encuentro de su deseo, del que mejor se articule a su modalidad de satisfacción pulsional y que, al cabo de su recorrido, le permitirá obtener un “saber hacer” y así transformar el “padecimiento neurótico en sufrimiento cotidiano”.

Ahora bien, las condiciones históricas abordadas nos han mostrado que se han abierto en los últimos tiempos una serie de interrogantes que atraviesan y movilizan al Psicoanálisis en su cuerpo teórico y en sus condiciones de aplicación. El desafío de constituirse como práctica social o recluirse en una suerte de práctica marginal, tal como ha sucedido en varios países en los que el consumo de psicofármacos (engranaje óptimo para las modalidades contemporáneas de goce) ha

ocluído toda posibilidad de emergencia subjetiva. El encuadre mismo de algunas instituciones supone, desde el inicio, limitaciones temporales y, por lo general, la gratuidad es la otra característica destacada, colisionando con aquellas recomendaciones hechas por Freud. Se presenta entonces otro problema: ¿cómo hacer funcionar el Psicoanálisis?, ¿cómo entender qué sucede cuando el marco de aplicación impone una duración preestablecida para la atención? El punto de partida psicoanalítico al malestar contemporáneo remite entonces a una ética, a una posición, al sostenimiento de una escucha que se oponga a las soluciones mecanicistas, conductistas o que contribuyen al aplacamiento subjetivo, trasladando al sujeto la responsabilidad de elegir su destino. Como afirman Adriana Rubistein, Fabián Naparstek y Ruth Bachmann (2005), el Psicoanálisis enfrenta hoy, igual que en sus inicios, el desafío de tener que dar cuenta de sus resultados sin ceder en sus principios.

En cuanto a las variaciones de la cura, es posible determinar que hoy se enlazan a los distintos nombres de la época que inciden en la forma que toma la demanda actual al psicólogo, al analista o al médico. Esta demanda sugiere a aquel que sigue los principios del Psicoanálisis, como hemos dicho previamente, cierta ductilidad, una docilidad para no retroceder ante el modo cada vez más solitario de la satisfacción humana.

¿Cuál es la condición indispensable que debe mantener el Psicoanálisis más allá de las variaciones que pueda presentar su clínica hoy? En este sentido, la experiencia en él implica, además de sus efectos terapéuticos, la necesidad de mantener su dimensión ética, donde la acción del analista se corresponda con el estatuto ético del inconsciente (Laurent, 2008). Esa acción se orienta al acto, en tanto el analista dirige la cura sin prescribir y sin dar preceptos, ejerciendo un “decir silencioso” (Laurent, 2000) para que el sujeto sea quien decida, pues en la experiencia es quien está “llamado a renacer para saber si quiere lo que desea” (Lacan, [1960]2010: 649).

No podemos dejar de reconocer que, tanto Freud como Lacan, no vacilaron en hablar de cura psicoanalítica, en la que el efecto terapéutico se inscribe necesariamente en un horizonte más amplio. Es por ello que, según Lacan ([1955]1985), el Psicoanálisis no es una terapia como las demás y acentuó que la cura es un beneficio por añadidura. Se podría ver cómo, a partir de esa declaración, detalla que, por un lado, el Psicoanálisis tiene un valor terapéutico, dimensión abierta por Freud desde sus primeros casos de histeria; por otro, se diferencia de otras prácticas

terapéuticas por el uso degradado de la experiencia y la falta de rigor en su práctica.

Por consiguiente, desde donde se propone una política de salud pública y mental como se ve en la actualidad, cabría decir, en primer término y como lo plantea desde el campo del Psicoanálisis de orientación lacaniana Jaques-Alain Miller (2005b), que no hay otra definición para la salud mental que la referencia al orden público y, en función a esto, intentar responder a la pregunta que se plantea el autor acerca de cómo encontrar la brújula para situar la clínica analítica, el discurso del analista, su posición frente a nuestro Otro, la sociedad. En este camino, es posible también formularse: ¿qué es lo que cambia en el contexto sociocultural actual? Considerando los trabajos sobre el tema, en los que cobra especial relevancia la inserción del Psicoanálisis en la oferta social, adquiere un valor significativo el análisis del contexto de la época en la que el Otro, como sistema de normas, de referencias identificatorias, de roles y de garantías que ofrece la sociedad, se ha ido progresivamente desvaneciendo y fragmentando, lo que da lugar a ficciones múltiples que, solo transitoriamente, otorgan estabilidad al mantenimiento del lazo social. Este contexto adquiere especial relieve en la presentación de la demanda terapéutica, así como en su extensión condicionada por el valor que ha alcanzado el recurso a la palabra y la comunicación.

Por lo tanto, creemos pertinente la diferenciación entre efectos terapéuticos y las psicoterapias breves. Rubistein -haciendo referencia a los efectos terapéuticos en las instituciones asistenciales- nos dice:

Hay efectos analíticos, como la entrada en la transferencia o la puesta en forma de un síntoma, que sólo por trazar un camino de trabajo con una expectativa de reducción del padecimiento, constituye un alivio terapéutico. Otras veces se encuentran efectos terapéuticos rápidos articulados a alguna intervención del analista. Pero en todos los casos lo terapéutico del Psicoanálisis no responde de un modo simple a la sugestión o a la reeducación del paciente. Sus efectos son laterales, por añadidura (2009: 152).

Freud mismo no se conforma con la eliminación del síntoma, sino que apunta a las causas de su producción. Afirma:

[...] para el profano son los síntomas los que constituyen la esencia de la enfermedad y por lo tanto la considerará curada en el

momento en que los mismos desaparecen. En cambio, el médico establece una precisa distinción entre ambos conceptos y pretende que la desaparición de los síntomas no significa la curación de la enfermedad; más como lo que de ésta queda después de dicha desaparición está tan sólo la facultad de formar nuevos síntomas ([1916]2005: 326).

La preocupación por los resultados del Psicoanálisis ha estado presente en y desde Freud, quien sostuvo la dimensión terapéutica a condición de no reducirla. Y así lo expresa: “sólo quiero prevenir que la terapia mate a la ciencia” ([1926b] 2005: 238). De este modo, distinguía dos incumbencias: la terapéutica y las teóricas y sociales para el conocimiento científico en general. Esto lleva a ver cómo, a lo largo de la obra del padre del Psicoanálisis, la preocupación por los efectos terapéuticos cobra especial importancia, ya que conduce a nuevas hipótesis y tiene implicancias teóricas.

Consideramos que los debates acerca del abordaje psicoanalítico con relación a los efectos, los alcances, los límites y las condiciones de su posibilidad en instituciones son intrínsecos al Psicoanálisis mismo, ya que es el nombre:

- De un método para la investigación de procesos anímicos capaces inaccesibles de otro modo.
- De un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basado en tal investigación; y
- de una serie de conocimientos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica.

No obstante, Freud no ha dejado de manifestar su preocupación por los fines de la terapia analítica. En 1918, en su Conferencia “Nuevos Caminos de la psicoterapia analítica”, constatamos que no se conformaba con los efectos terapéuticos de la cura:

Por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva. Si la descompensación y la desvalorización de los síntomas lo han mitigado, debemos erigirlo en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible: de lo contrario corremos el riesgo de no conseguir nunca otra cosa que mejorías modestas y no duraderas ([1918]2005: 158-159).

En este mismo escrito, muestra su preocupación por aquellos sujetos que no pueden acceder al Psicoanálisis por no contar con los recursos económicos. Vislumbra que será en un futuro donde las instituciones alojen a estos pacientes, en donde la gratuidad de los tratamientos les permitiría acceder al Psicoanálisis.

En la práctica analítica, la demanda se significa en forma particular a partir de hacer cumplir la regla fundamental dando lugar a la palabra, no la del Otro social sino la del sujeto, permitiendo construir la cadena significante. Entonces, retomamos la consideración de que no nos planteamos sobre la existencia de nuevas formas de la transferencia. En todo caso, en la época contemporánea, nos encontramos con formaciones sintomáticas y con ofertas institucionales que instauran lo que Lacan denominó la forclusión del sujeto, producto del discurso de la ciencia en alianza con el discurso capitalista. Lo que nos ofrece este dilema es que, para los analistas, son nuevos desafíos, para lo cual se requiere de su invención para crear los lugares en nuestra civilización que abran un espacio donde el sujeto pueda establecer aquello que lo causa y lo determina en un encuentro con un Otro que posibilite la transferencia y el amor que permita al goce condescender al deseo.

B. Los orígenes de la aplicación del Psicoanálisis: la clínica de Berlín

El tema de la gratuidad y la accesibilidad del Psicoanálisis apareció en Freud alrededor de los años 20. Por otro lado, no podemos desconocer que es también en ese momento que el médico neurólogo austríaco y sus discípulos se preguntan por su eficacia, así como su vigencia en la sociedad y la necesaria formación de los analistas. Es en este período posguerra en donde aparece la Escuela de Berlín.

Freud señalaba el deseo de que se establecieran clínicas psicoanalíticas en las cuales el tratamiento fuera gratuito, basado en la creencia -como él lo expresaba- de que un hombre pobre tiene el mismo derecho de asistencia para su mente como la tiene la cirugía que pueda salvar su vida. En este contexto, da comienzo la *Poliklinik*, la cual ofrecía tratamiento psicoanalítico completo y extenso, cuya política era que no debería negárselo a nadie, aunque no pudiera pagarlo.

Hacia fines de la Primera Guerra Mundial, al dirigirse al 5° Congreso Psicoanalítico Internacional que se llevó a cabo en Budapest (1918), Freud instó a sus colegas a reconocer que “el pobre” no tiene menos

derecho al Psicoanálisis. A partir de ahí, el 16 de febrero de 1920, la Sociedad Psicoanalítica de Berlín inauguró la Berlin Poliklinik fur Psychoanalytische Behandlung Nervosern Krankheiten, convirtiéndose como el primer servicio psicoanalítico conocido expresamente como una clínica gratuita y con tiempo limitado (Jones, [1908-1939]1997). Esta Institución, ha sido la primera en la cual se practicó la formación psicoanalítica basada en un modelo de tres pilares (cursos teóricos, psicoanálisis didáctico y tratamiento de los primeros pacientes bajo supervisión, que más tarde se transformó en un estándar internacional).

Su fundación significó un primer paso de gran importancia práctica y se empeñó, por un lado, en poner la terapia analítica al alcance de vastos círculos populares; por el otro, tomó a su cargo la formación de médicos como analistas prácticos, en un curso didáctico que incluyó la condición de que el alumno mismo se someta a un psicoanálisis (Freud, [1923]2005: 214-215).

C. Los centros psicoanalíticos de consulta y tratamiento: un intento de respuesta a las exigencias actuales

En la actualidad, la presencia de los nuevos dispositivos asistenciales y clínicos, como es el caso de la creación del Centro Psicoanalítico de Consulta y Tratamiento (CPCT), es el resultado de la visible apertura de la práctica lacaniana a las innumerables variaciones que se imponen ante las nuevas configuraciones psicopatológicas. El surgimiento de esos dispositivos hace posible que el analista se enfrente a la dinámica particular de cada demanda, de esta multiplicidad de nuevas formas del síntoma y del malestar contemporáneo.

Creados por la Escuela de la Causa Freudiana en 2003, los CPCT tienen como objetivos principales proponer al público en general la oportunidad de conocer a un psicoanalista, promover en la ciudad el lugar del Psicoanálisis con la ayuda de instituciones de salud y también sociales y, por último, asegurar la formación de los profesionales que operan en la red psicosocial de París.

Es un centro de atención pública que busca dar asistencia de forma inmediata a la diversidad de manifestaciones que toma el malestar y el sufrimiento de hoy, tales como la depresión, los ataques de pánico, las adicciones, los problemas de pareja e intrafamiliares, entre otros. La gratuidad y los tratamientos limitados en el tiempo son los dos principios sobre los que se fundan la oferta de estos dispositivos. Estos principios,

son suficientemente sólidos como para permitir una flexibilidad y una atención de las demandas caso por caso. Además, se encuentran constituidos según clases de edad: infantil, adolescentes, adultos y también una clasificación que obedece a criterios sintomatológicos que se cristalizaron en torno a malestares en la civilización, formas modernas de precariedad como la desinserción, las formas discretas de psicosis, la fobia social y la soledad, las cuales constituyen el origen del sufrimiento de los sujetos que consultan (Cottet, 2009).

El psicoanálisis aplicado no tiene una sola forma de aplicación: la atención introduce rasgos que lo hacen particular: la duración estricta de cuatro meses de tratamiento, el manejo de la transferencia, el activismo del analista y su presencia como objeto y el cara a cara, están al servicio de la búsqueda de efectos terapéuticos rápidos. La presencia de nuevas formas de la demanda, la variabilidad de los síntomas que se presentan, dan lugar a un tratamiento singular (Cottet, 2006).

A partir de la Enmienda que el legislador francés, Bernard Accoyer, promovió en Francia en el 2003, surgió un intento por parte del Estado de fijar por decreto las diferentes categorías de psicoterapia y las condiciones del ejercicio profesional. Implícitamente, conllevó un intento de evaluación de los efectos terapéuticos de las distintas psicoterapias. Eric Laurent dirá al respecto:

El Psicoanálisis, en tanto está situado por el Estado en el grupo de las psicoterapias que pueden concurrir en la Salud Pública, no escapa a una tentativa de evaluación. Las consecuencias para el psicoanálisis pueden ser contradictorias y esto es lo que nos interesa (2007: 96).

Como respuesta a esta coyuntura política, Miller funda los centros psicoanalíticos de consulta y tratamiento, a modo de “demostrar” que el tratamiento psicoanalítico -al igual que las psicoterapias- arrojan efectos terapéuticos en un corto plazo de tiempo.

La puesta en marcha de los CPCT y la ampliación de la asistencia psicoanalítica en los hospitales y centros de salud, en los que el número de consultas es limitado, nos sugiere realizarnos la pregunta de si lo que se realiza allí continúa siendo psicoanálisis. Dominique Laurent (2007) señalaba que se trata de ir directamente a lo real en juego y hacer aparecer el goce en un ciclo donde podría ser tratado. En efecto, la teoría de los ciclos que Miller (2005a) introduce en la conversación de Barcelona,

posibilita pensar y orientar la práctica analítica que se realiza en los CPCT. Tomará el concepto que Lacan brinda al respecto, haciendo referencia que, en el recorrido de un análisis, lejos de una línea evolutiva o de desarrollo, hay momentos, ciclos que se abren y que pueden producir puntos de repetición en el sujeto. Lacan (1964) dirá que no es de una sola vez que se hace el trayecto, sino que en el mismo existen ciclos. Al respecto, Miquel Bassols apoya este argumento a partir de la experiencia en Barcelona:

La experiencia que elaboramos en los Centros Psicoanalíticos de Consulta y Tratamiento nos presenta un formato muy preciso de esta temporalidad de la causa que no es la de la línea recta infinita sino la del ciclo. Se trata de un ciclo que no es el retorno al mismo punto, sino más bien el retorno de lo mismo bajo otra forma (2005: 96).

Cabe abordar en este punto la pregunta que se realiza Manuel Fernández Blanco (2005) acerca de por qué llevar adelante esta política de promoción de Centros de Psicoanálisis Aplicado. Esta iniciativa supone defender, en acto, el Psicoanálisis como un derecho ciudadano, como una alternativa frente al sufrimiento más íntimo de cada uno. El autor considera que el encuentro con un psicoanalista es algo demasiado valioso como para que sólo sea posible para algunos. La creación de instituciones de Psicoanálisis Aplicado es una de nuestras prioridades, con el objetivo de hacer valer la utilidad social del psicoanálisis. Este objetivo, anima al campo *freudiano* en todo el mundo a sostener dispositivos asistenciales de vocación pública y, en todos estos casos, los psicoanalistas no nos encerramos en nuestras consultas, sino que abrimos espacios públicos para la escucha del sujeto del trauma o del malestar.

Pierre-Gilles Guéguen plantea que, en estos Centros, se trata de casos de psicoanálisis aplicado a cuestiones terapéuticas, “se trata de aplicar todos los recursos del Psicoanálisis, a diferencia de terapias hechas de modo más cómodo, que usan un método “simplificado” o degradado del Psicoanálisis [...]” (en Miller, 2005a: 14). Lucía D’ Angelo los diferencia de las psicoterapias breves utilizando los conceptos de transferencia e interpretación. Puntualiza que “el instrumento terapéutico específico y esencial en el marco del Psicoanálisis, y no compartido con la terapia breve, es la particularidad estratégica de la interpretación de la transferencia” (Miller, 2005a: 36). Esencialmente, remarca dos diferencias:

por un lado, dirá que, en el Psicoanálisis, el análisis de la transferencia constituye el eje de la estrategia terapéutica, mientras que en las terapias breves sería solamente un recurso táctico dentro de otros. Por otro lado, resalta la diferencia entre estas terapias breves, lo que da lugar a la modificación o, eventualmente, la desaparición del síntoma de lo que es un efecto terapéutico rápido, que reduciría el goce implicado en el síntoma del sujeto y que relanza un nuevo ciclo en la dirección de la cura. Concluye mencionando que la transferencia y la interpretación no son recursos técnicos, sino la condición de posibilidad de la puesta en forma del síntoma.

Resulta de interés la posición de Serge Cottet (2009) respecto de los CPCT. Este autor es quien ha puesto en duda e interrogado el modo en que el psicoanálisis se aplica en estos centros ya que, los atributos que los caracterizan están al mismo tiempo al servicio de un resultado breve, es decir, de la búsqueda de los efectos terapéuticos.

El autor plantea que el término consulta que conlleva su nombre mantiene una fuerte connotación médica, por lo que se esperaría una opinión, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Afirma que la consulta es, en sí misma, el tratamiento, porque “el sujeto es invitado a decir que medios tiene para tratar el mismo la pregunta” (Miller, 2005a: 101) y opone la consulta a las entrevistas preliminares que preceden a la puesta en marcha de la transferencia, es decir a la apertura del inconsciente y a la extensión del discurso.

Asimismo, Cottet (2006) plantea que lo que prevalece en los CPCT es una negligencia selectiva que implica un activismo del terapeuta que no espera los signos de la transferencia para interpretar. Enuncia, además, la focalización del síntoma, dejando al paciente la tarea de elaborar su causa y asegura que la terminación fijada de antemano provoca la aceleración del tiempo de comprender. De acuerdo a la bibliografía analizada, todo indicaría que en estos centros la cuestión no es tanto saber si el sujeto es analizable, sino responder a una demanda aun problemática con respecto al discurso analítico.

En 2009, el autor presenta a los CPCT como un dispositivo paradójico, híbrido, en donde el analista se debate entre el terapeuta que se rehúsa a ser y el hecho de que no puede considerar el encuentro con el paciente como preliminar a un análisis. Al respecto, dice: “no son entrevistas preliminares o en caso de serlo, se determinará más adelante. Al final de las dieciséis sesiones, sabremos que, con tal individuo, el tratamiento debe continuar fuera del CPCT: en el futuro anterior, habrá

sido preliminar” (2009: 7). En cuanto a la función del analista, en este mismo artículo dirá que funciona más bien del lado del sujeto, como Otro de la Institución, pero sujeto antes que objeto *a*. Recordamos que Lacan ubica al analista como objeto *a* causa de deseo en el matema del discurso analítico. Es por este motivo que Cottet dirá que las condiciones de este encuentro hacen la transferencia contingente y que no favorece todo lo que en la práctica clásica del Psicoanálisis es en función de la instalación del sujeto supuesto saber.

En cambio, desde otra mirada, Jean-Pierre Deffieux (2007) afirma que el CPCT es uno de los lugares donde la práctica tan particular puede enseñar al analista o el analista en devenir, por el hecho de que esta formalización tan novedosa en nuestro campo desplaza los fundamentos tales como la gratuidad y la duración del tratamiento. Plantea que el uso de la palabra es muy distinto y que está orientado o influenciado por la teoría y por la clínica psicoanalítica. Se propone al sujeto que consulta en el CPCT desarrollar mediante la palabra las modalidades singulares de su sufrimiento o liberar una palabra reprimida, establecer el lazo entre lo que le impide vivir hoy y los traumas de existencia o vida pasada que frecuentemente no se verbalizaron nunca. Relata que los adolescentes que acuden a los centros no vienen por su propia voluntad, llegan al CPCT por medio de un interventor institucional o social por una problemática que, por lo menos, al principio tiende a molestar al Otro: a la familia, a la escuela, a la sociedad. Lo que está presente suele ser un síntoma que pertenece al repertorio social de los adolescentes de hoy, tal como pueden ser las dificultades escolares, las fobias sociales, las fugas, los pasajes al acto, violencia, conflictos familiares, adicciones, etc. En definitiva, Laurent (2008) cuenta que Lacan, al fundar su Escuela, propuso una “inflexión decisiva”, planteando la existencia de tres secciones:

- de *Psicoanálisis Puro* la cual, a partir de explorar lo que eran los resultados efectivos de un análisis, hacía explícitos sus resultados a través del dispositivo del pase.
- De *Psicoanálisis Aplicado* desde la que, implicando la terapéutica y control, halla su prueba en la puesta en serie de los resultados del Psicoanálisis con los de las disciplinas clínicas.
- De *comentarios con ciencias afines* que tienen por tarea hacer explícita la relación con las ciencias sociales estableciendo resonancias con ellas. El autor plantea que en la década del 80 las ciencias sociales han “perdido las certezas” de tal manera que

Lacan prosigue esta pérdida de certezas de las ciencias sociales precisando las modalidades de certeza propias del Psicoanálisis.

Lo que nos viene a plantear es que, para acompañar este movimiento, la Escuela se ha dotado de un instrumento nuevo en la aplicación del psicoanálisis, los CPCT: “la comparación de la eficacia donde los tratamientos de psicoanálisis aplicado con otros, puede hacerse en nuestros dispositivos, en términos que son nuestros” (2009: 98).

D. La clínica psicoanalítica en la actualidad

Desde los comienzos del Psicoanálisis, Freud se ocupó de organizar el campo de su clínica a partir de la histeria, considerando la forma de presentación del síntoma y su relación con aquello que lo determina. Sin embargo, en la actualidad, el campo de la Psicopatología incluye los llamados “nuevos síntomas”, aquellos que, en estrecha relación con aspectos específicos de la cultura contemporánea, se presentarían para algunos autores (Miller, 2005b; Laurent, 2009; Trobas, 2003) frecuentemente con carácter epidémico. Estas manifestaciones, constituirían un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos. Nos referimos a perturbaciones tales como la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, las presentaciones de violencia y los diferentes tipos de adicciones, entre otras. De esta manera, es necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, como es el caso de estos “nuevos síntomas”, que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado y que se encontrarían inscriptas sin fijeza alguna, dentro de los tres grandes grupos diagnósticos que están delimitados en el campo freudiano.

La oferta del Psicoanálisis se puede ver partiendo de la forma en que Lacan ([1964] 2007) define al Psicoanálisis mismo, como una *praxis*, es decir, como una acción realizada por el hombre que permite tratar lo real por medio de lo simbólico; se trata de una clínica de bordes, en tanto bordea las tres caras de la estructura: real, simbólico e imaginario. Un problema crucial en la actualidad remite a cuando lo real o lo imaginario hacen signo y llevan a una consulta de emergencia: se trataría de pacientes con idealizaciones adictivas de ganar dinero fácil, de alcanzar el éxito, de anhelar un cuerpo perfecto que llevaría a comer poco o nada, o también pacientes prisioneros de las inhibiciones y de las limitaciones de la fobia bajo su forma exacerbada del ahora conocido como ataque de pánico. En

concordancia con el discurso capitalista que busca taponar la falta estructural ofreciendo siempre renovados objetos de consumo, florecen alternativas terapéuticas mucho más afines con los aires fragmentarios de la postmodernidad.

Las demandas a las que asistimos derivan en la posibilidad de interrogarse acerca de la vestidura que el síntoma adquiere en la época contemporánea y, con él, las discusiones acerca del estatuto de los “nuevos síntomas”. Es decir, ¿estas demandas se insertarían en las presentaciones de los llamados “nuevos síntomas”? y de ser así, cabría la posibilidad de interrogarnos sobre si se trata de nuevas formas de síntomas y qué aportarían como novedad al campo de la clínica.

Desde una perspectiva clásica, tal como es descripto por Freud y retomado por Lacan desde el inicio de su enseñanza, el síntoma psicoanalítico, es una formación localizada en la vida psíquica de un sujeto. Es una fobia, una parálisis histérica, un pensamiento obsesivo, que algunas veces puede tomar una gran importancia, incluso, invadir con sus consecuencias la vida del sujeto (recordemos por ejemplo las obsesiones del Hombre de las Ratas que lo acosan sin cesar). De todas formas, desde el punto de vista de la organización psíquica, es un fenómeno que podemos decir localizado y que, por otro lado, para nosotros tiene cierto sentido o, por lo menos, llama a una apertura de sentido que participa de una formación del inconsciente, que llama a ser interpretada para poder adquirir un sentido nuevo. En principio, podemos reconocer que el síntoma se expresa bajo la forma de un sufrimiento que se quiere cambiar, suprimir y rectificar, en tanto se constituye en un elemento perturbador. Sabemos también que es la consecuencia del concepto mismo de la represión y su correlato, el retorno de lo reprimido. Lacan -siguiendo las conceptualizaciones *freudianas*- nos dirá que lo que está reprimido es la verdad y su retorno se hace bajo la forma de síntoma y, lo que aparece como reprimido, es la verdad y su retorno se pone de manifiesto vía el síntoma. Ubicamos al síntoma, entonces, del lado del sujeto dividido, producto del significante que es susceptible de retornar como síntoma perturbador. Síntoma como verdad, interpretable (descifable), perteneciendo al orden de lo simbólico, como aquello que perturba. Años posteriores, Lacan apoyado en los textos de Freud de la década del 20, nos brinda una nueva conceptualización, la cual es complementaria a la realizada anteriormente, dando cuenta de un lado del síntoma que parece mucho más rebelde a lo que sería su articulación con el Otro. Da cuenta de que es una manera de gozar imponiéndose como un real por su

repetición. Aquí es descripto como un medio de la pulsión traduciendo las exigencias insaciables de satisfacción de ésta.

En *Inhibición, síntoma y angustia* ([1926a] 2005), Freud realiza un desarrollo acerca del síntoma en donde el desciframiento no está en primer plano, sino que aparece en otra serie que no es la del sueño, del acto fallido y el *lapsus*. Considera aquí al síntoma como un modo de satisfacción que escapa al principio del placer, ya que se manifiesta como displacer, lo pone en el centro y revela ser una satisfacción, entendiendo a esta última como sufrimiento. Existe una resistencia al desciframiento, de ahí que brinda una serie de conceptos teóricos a modo de poder explicar este nuevo hallazgo.

De esta manera, podemos observar el espíritu *freudiano* al avanzar en su descubrimiento a partir de los obstáculos como en muchas otras partes y momentos de su obra. En esta vertiente, el síntoma no tiene solamente efectos de verdad; al mismo tiempo que se despliega la cadena significativa, se despliega la cadena pulsional que también es cadena significativa pero muda, tal como nos lo muestra Miller (2005b), siendo también susceptible de tener una significación. No podemos dejar de mencionar lo que bien conocemos por las enseñanzas de Freud y Lacan: en el síntoma hay una participación fundamental de la pulsión. Nos preguntamos entonces, ¿qué sucedería con este elemento pulsional del síntoma que no pasaría por el Otro? De acuerdo a lo que Lacan ha planteado en sus últimos seminarios, podemos decir que, si bien el goce es autístico en tanto introduce en el núcleo de la subjetividad algo de lo pulsional, es también una alteridad para el sujeto, es un goce que el sujeto vive ajeno a él, como intruso. Desde esta perspectiva, suple la relación sexual que no existe. Como hemos dicho, estos nuevos conceptos están enmarcados dentro de la segunda clínica de Lacan, la llamada Clínica del funcionamiento o clínica *borromeana* ¿Esta nueva clínica es una anticipación de Lacan para dar cuenta de las nuevas y actuales formas de presentación del síntoma y para su tratamiento?

E. El contexto actual y su incidencia en las presentaciones clínicas

Podemos decir que lo que evoluciona es la envoltura formal del síntoma, los semblantes, los significantes en el contexto cultural. Por el contrario, la relación al goce, al objeto pulsional, cambia mucho menos. Estamos familiarizados con la expresión "nuevos síntomas" y, al escucharla,

evocamos: toxicomanía, anorexia, bulimia, depresión, etc. Los asociamos con el estado actual de la cultura, como ser el consumo, el derecho al goce, la cultura del narcisismo, la declinación de la función paterna, crisis de la familia tipo. Al mismo tiempo, sentimos que el abordaje de estos temas nos desliza hacia una significación generalizada del síntoma que nos aleja del sentido estricto del síntoma en Psicoanálisis, porque no hay uno que no sea nuevo, único e irrepetible en el nivel de la articulación singular que el sujeto hace entre significante y goce. Cabe aclarar que, desde hace tiempo, podemos vislumbrar que en la juntura del sujeto con el goce se han ido produciendo cambios importantes en las relaciones con nuevos objetos de consumo y las ofertas que la cultura propicia, así como colectividades organizadas por los modos de gozar. Entonces, es la parte del síntoma que tiene que ver con la cultura la que se mueve junto con ella. Ahora bien, algunos de los nuevos síntomas aparecen mucho menos como fenómenos localizados porque no están muy vestidos de la envoltura significativa, sino que, por el contrario, parecen extenderse a la vida entera del sujeto como una forma, un modo de goce organizado por el sujeto.

Estos síntomas contemporáneos no son ajenos al contexto sociocultural en el que surgen, lo cual nos sitúa en la caracterización de la época propuesta por Lacan: “El Otro no existe” (Miller, 2005a: 10), con sus consiguientes manifestaciones.

¿Qué ocurre entonces cuando el Otro no existe? ¿Qué ocurre con la declinación de los semblantes de autoridad cuando el ideal ya no orienta al sujeto con respecto a su ingreso al discurso, al lazo social? Los sujetos postmodernos andan desorientados, desamparados, sin brújula y, en su lugar, hay una proliferación de objetos plus de goce. Hay una disyunción entre el ideal y el goce, ya que el ideal no regula el goce, quedando éste al servicio de la voz tiránica del superyó que ordena siempre gozar más; un superyó postmoderno, ya no como heredero del complejo de Edipo, sino como residuo pulsional de la inconsistencia del Otro, ordena la búsqueda de objetos que prometen goce. A su vez, esto estaría condicionado por la democratización y por la apertura que se ha producido en la oferta y en la demanda terapéutica de nuestra época, la cual conduce a sujetos aquejados de malestares diversos, alejados de las manifestaciones neuróticas o psicóticas típicas. Hoy en día -con un discurso capitalista que no encuentra tope- surge una proliferación de ofertas “psi” en todos los ambientes de la sociedad que pretenden lograr una rápida y eficaz respuesta al síntoma, entendiéndola como su supresión.

Nos preguntamos cuál es la respuesta del Psicoanálisis ante una demanda que exige inmediatez de aquello que “no anda”. Para algunos autores, como Alexandre Stevens (2001), los llamados nuevos síntomas pueden considerarse desnudos por la ausencia de envoltura formal y el predominio de manifestaciones de puro goce. Estas manifestaciones, se caracterizan por la ausencia de implicancia subjetiva, así como por las dificultades en el establecimiento de la transferencia, lo que dificultaría la intervención analítica.

A partir del malestar que nuestra época nos denota, vislumbramos en la clínica algunas presentaciones sintomáticas que en nada se caracterizan por el retorno de lo reprimido, que se diferencian de la neurosis de la época de Freud, la cual se basaba en que el padre enmarcaba la prohibición. Por otro lado, también estos nuevos síntomas, en algunos casos, tendrían una función de nominación, en tanto muchas de las personas que consultan se sostienen en un discurso que lo identifica a una clase: “soy fóbico”, “soy depresivo”, “soy anoréxico”, etc. Así, vemos desfilar un sin número de términos que intentan fijar una verdad que procure una satisfacción al sujeto. Marco Focchi (2010) se refiere a estos síntomas como productos del discurso capitalista y de la ciencia, meros efectos de la expulsión del sujeto del inconsciente, en los cuales la represión opera de un modo distinto. Estas modalidades de síntoma plantean una dificultad adicional para el Psicoanálisis que, como lazo social formalizado por Lacan como discurso analítico, apunta a la producción y a la conmoción de los significantes como que organizan la experiencia de un sujeto. En contraposición a esto, los nuevos síntomas se resisten al lazo, como SI que no remite a otro significante que le dé sentido. En eso, muestran su homología con lo que Lacan llamaba la función radical del Nombre-del-Padre: desde dar nombre a las cosas, hasta dar nombre al gozar. Los significantes como que regían en aquella época están lejos de los que hoy podemos apreciar, lo cual abre la pregunta de cómo asegurarse de si estos síntomas son nuevos y de dónde viene lo que nos autoriza a pensar que son cosas nuevas. Sabemos que el síntoma se articula -vía la identificación- con toda una serie de discursos provenientes del Otro y, a su vez, de los discursos que marcan una época. Estos discursos, en definitiva, definen el material mismo a partir del cual el sujeto lo construye, por lo que el síntoma, en su realidad concreta, obedece también a variables históricas y culturales.

Podríamos preguntarnos entonces qué es lo que cambia en el contexto sociocultural actual. El Otro social de los tiempos de Freud es

un Otro que aparentemente existía y se sostenía y en donde los ideales eran muy potentes. En cambio, hoy, prima la inconsistencia y la poca solidez de las instituciones y los vínculos en general. Es así que Zigmund Bauman (2009) propone la metáfora de la liquidez para intentar dar cuenta de la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones sociofamiliares. Utiliza la expresión “los vínculos líquidos” para dar cuenta de un estatuto distinto en las relaciones contemporáneas, en tanto son menos estables. Algunos autores, como Guy Trobas (2003), aluden al ocaso del Edipo para caracterizar los tiempos modernos, toda vez que se evidencia una deflación de la función paterna, más precisamente, en el papel que cumple la autoridad en dicha función. En el mismo sentido, Freud y Lacan han advertido, en distintos momentos de sus enseñanzas, que la degradación progresiva de la autoridad paterna conllevaría un crecimiento del papel imperativo del superyó. A partir de la importante inserción del Psicoanálisis en la oferta social, podemos marcar el análisis del contexto de la época en la que el Otro se ha ido progresivamente desvaneciendo y resultando en una fragmentación que dio (y da) lugar a ficciones múltiples que, solo de manera transitoria, otorgan estabilidad al mantenimiento del lazo social. Este contexto, adquiere especial relieve en la presentación de la demanda terapéutica, así como en su extensión condicionada por el valor que ha alcanzado el recurso a la palabra y la comunicación. A diferencia de tiempos atrás en la que se creía en el Otro, hoy podemos vislumbrar que hay menos Padre en el contexto sociocultural y, por ende, la sociedad tiene tendencia a transformarse en una sociedad de hermanos, de hermanos incrédulos, ya que faltan los puntos de referencia al estar el padre en retirada.

Donde aparecía la regulación por alguna modalidad de la prohibición, hoy se regula de otra manera, se ha pasado a otro esquema. Siguiendo a Enric Berenguer (2009), se podría decir que ya no se trataría tanto de la represión, sino de todo lo contrario, de una acción sobre el goce a nivel del cuerpo; soluciones sintomáticas que -algunas de éstas- tienen un estatuto epidémico en donde las identificaciones no están soportadas por un ideal, sino por una referencia a un síntoma que está incluido como tal en un discurso social. El mismo síntoma se colectiviza y, a su vez, se propone como una forma de identidad.

Coincidiendo con Laurent (2000), podemos afirmar que, frente a la clínica psicoanalítica clásica, hoy tenemos la sensación de estar frente a una suerte de enciclopedia con relación a las nuevas clasificaciones de los

síntomas en los diferentes manuales de psiquiatría, como así también en el imaginario social. Es una época caracterizada por una yuxtaposición de clínicas diferentes. Vemos así, una tendencia a una clasificación de las enfermedades mentales cada vez más extraña por su extensión y por la reducción extrema de la clínica a algunos simples rasgos sintomáticos. Todo nos indicaría que, como tal, el síntoma se encuentra invadiendo las formas del campo social, constituyendo aquello que desde el Psicoanálisis llamamos modos de gozar.

En las variadas consultas, nos encontramos con pacientes que presentan su síntoma al modo de “soy anoréxica”, “soy adicto”, “soy depresivo”, etc. En muchos de estos casos, la división subjetiva propia del síntoma no se pone en juego y la disfunción no se evidencia, sino que, por el contrario, podemos observar que determinados sujetos, por un lado, se resisten a un trabajo propiamente analítico y, por el otro, podemos vislumbrar cierto afianzamiento, se agarran de él. Stevens (2001) le otorga a los “monosíntomas” la función de la nominación, en tanto nombran el malestar del sujeto a favor del alivio sintomático.

A su vez, este hecho, casi clasificatorio, les presenta a los sujetos la posibilidad de adherirse a una comunidad específica en la cual aquellos que la integran presentan el mismo problema y así el síntoma, en ocasiones, podría funcionar a modo de organizar un lazo social a partir de una particularidad. Tenemos entonces el hecho de que se podría adquirir mediante este proceso un nombre propio (“soy anoréxica”, por ejemplo), una inscripción social por vía de la identificación imaginaria y también podría dar lugar a un acceso al goce, en tanto llamarse y nombrarse “anoréxica”, por lo general, está en entera relación con el hecho de obtener un goce en el cuerpo.

Entonces, en la época actual, como nos han mostrado los trabajos de diversos sociólogos y filósofos (Ehrenberg, 2000; Lipovetsky, 2008; Bauman, 2009), los cambios a nivel de la sociedad y su estructura económica, así como el avance de la ciencia, han promovido cambios nodales en las relaciones sociales y los ideales que organizan las conductas. Siguiendo esta línea, Gilles Lipovetsky (2008) plantea que esta mutación social es una nueva fase de la historia del individuo moderno desde la segunda mitad del siglo XX. Si la modernidad promueve el ascenso del individuo con sus metas racionales, la postmodernidad llevará hacia un nuevo estado individual, marcado por el hedonismo y el narcisismo, en un contexto de vacío interior. Este proceso de personalización rompe con la fase inaugural de las sociedades modernas, llevando a un estado de vacío, a

una apatía y un desencanto en la subjetividad, sólo movilizado por intereses individuales: es el “surgimiento del individuo puro, narciso en busca de sí mismo” (2008: 47). Este individuo hedonista, se despliega en un contexto social donde los grandes ideales, las instituciones, las exigencias y las normas, el conflicto de clase y el psíquico, las ideologías y la religión, ceden; dando paso a un mundo desencantado, *cool*, individualista, pluralizado, con un consumo desmedido, en una debilidad de normas autoritarias, comenzando a configurar un nuevo individuo (Lipovetsky, 2008). El narcisista o hedonista que busca su propia realización desconectado del otro o sólo conectado con fines utilitarios para su bienestar, es el prototipo del individuo de la postmodernidad; donde ya ni la tradición ni el futuro son importantes. Es el triunfo del aquí y ahora, la satisfacción inmediata, el logro personal, la deserción de los valores en una ética de bolsillo. El contexto para este despliegue se configura a partir de una mutación social acontecida a mediados del siglo XX, donde la prohibición cede su lugar a la iniciativa individual y se busca la responsabilidad de este individuo, existiendo como efecto una sensación de insuficiencia más que de falta, es el individuo soberano de sí mismo, pero incapaz de sostener sobre sus hombros tal desafío.

Las referencias con que se encuentran las personas en la postmodernidad como resultado de la caída de los grandes referentes (Ehrenberg, 2000), movilizan al sujeto hacia una búsqueda interior, referencia en sí mismo, teniendo como resultado este narcisismo hedonista que describe Lipovetsky (2008), pero que no logra el sustento último. El equilibrio posible entre lo permitido y lo prohibido, dice Alain Ehrenberg (2000), declina como efecto de los cambios sociales postmodernos, poniendo la tensión de lo posible e imposible en primer lugar. Esta posición, conlleva una serie de dificultades, ya que si la norma pierde su lugar y ya no funda la culpa que señalaba Freud ([1913]2005), ¿con qué nos encontramos en la subjetividad de fines del siglo pasado y comienzos de éste? Los cambios en la estructura de la familia, la permisividad con respecto a la dimensión de las satisfacciones, así como las nuevas versiones de las diferencias e igualdad en las políticas de género, conducen a lo que, desde el Psicoanálisis, Lacan ha caracterizado con el surgimiento de un nuevo imperativo: a gozar. Además, se puede ver cómo el malestar en la cultura va acompañado del “exitismo” y el discurso capitalista supone una nueva distribución de goce, en la que la inexistencia del Otro condena al sujeto a la caza del plus de gozar (Miller, 2005b). Conjuntamente con esto, los llamados síntomas sociales como expresión

o efecto de una causalidad social, conducen a la identificación del sujeto al lugar de víctima de una situación en la que no tiene participación alguna. Esto quiere decir que, en muchas ocasiones, el sujeto ya tiene una hipótesis de lo que le causa su malestar, fuera del campo de la responsabilidad subjetiva. Entonces cabría la posibilidad de preguntarse sobre la incidencia en la responsabilidad subjetiva en la ideología asistencialista que caracteriza a los Centros de Salud y, sobre cómo, a partir de la palabra, se puede llegar a modificar las respuestas que el sujeto ha inventado frente a lo real en juego.

En épocas donde la imagen predomina sobre la palabra, donde la principal dimensión del tiempo es la inmediatez, donde el utilitarismo es el nuevo nombre de la virtud, donde la obscenidad del Otro prevalece sobre cualquier criterio ético, se impone la pregunta por el lugar del Psicoanálisis y sus posibles respuestas a los síntomas contemporáneos.

Referencias bibliográficas

- Bauman, Z. (2009). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bassols, M. (2005). “Encontrar la Causa” [en línea] En *Virtualia*, 14 Recuperado de <<http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp>>
- Berenguer, E. (2009). *La dimensión social del síntoma. En la Lectura del caso en la práctica de orientación lacaniana*. Buenos Aires: Grama.
- Campodónico, N. (2017). *Presentación y formalización del síntoma: psicoanálisis aplicado en Centros de Salud de La Plata* [Tesis Doctoral] Facultad de Psicología: Universidad Nacional de La Plata.
- Cottet, S. (2006). “La consulta psicoanalítica: cortocircuito”. En *Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*, 14 [en línea] Recuperado de <<http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp>>
- _____ (2009). “CPCT. Contingencia de un encuentro. ¿Efecto durable o no?”. En *Los documents de Scripta-Psychose, dèsinsertion, prècarité. Cinq conférences données à Reims*. Reims: La librairie de l’Ecole de la cause freudienne.
- Deffieux, J-P (2007). “Effets de formation dans le travail en CPCT”. En *La Causa Freudiana*, 66, pp. 88-91.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández Blanco, M. (2005). “El derecho al Psicoanálisis”. Presentado en la sección La Escuela Hoy, expuesto en la 1ª Jornada “La clínica del CPCT”-

Síntomas actuales, deslocalización y exclusión social, angustia y urgencia subjetiva. Barcelona, España.

Freud, S. ([1913]2005). “Tótem y tabú”. En *Obras Completas*. Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. ([1916-1917]2005). “23° Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma”. En *Obras Completas*. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. ([1918]2005). Conferencia “Nuevos Caminos de la psicoterapia analítica”. En *Obras Completas*. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. ([1923]2005). “Breve informe sobre el Psicoanálisis”. En *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. ([1926a]2005). “Inhibición, síntoma y angustia”. En *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. ([1926b]2005). “¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Diálogos con un juez imparcial”. En *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

Focchi, M. (2010). *Síntomas sin inconsciente de una época sin deseo. Cuatro modalidades sobre la clínica contemporánea*. Buenos Aires: Tres Haches.

Jones, E. ([1908-1939]1997). *Correspondencia completa de Sigmund Freud y Ernest Jones*. Madrid: Síntesis.

Lacan, J. ([1955]1985). “Variantes de la cura-tipo”. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

_____. ([1960]2010). “Observación sobre el informe de Daniel Lagache: ‘Psicoanálisis y estructuras de la personalidad’”. En *Escritos II*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno.

_____. ([1964]2007). “Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis”. En *El seminario XI*. Buenos Aires: Paidós.

Laurent, D. (2007). “Quel transfert dans le traitements menes au CPCT?”. En *Lettre mensuelle*, 260, s/p.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

_____. (2008). *Variaciones de la cura analítica, hoy. La relación entre el efecto terapéutico y su más allá*. Buenos Aires: Grama.

Lipovetsky, G. (2008). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.

Miller, J-A. (2005a). *Conversaciones clínicas en Barcelona: los efectos terapéuticos rápidos*. Buenos Aires: Paidós.

_____. (2005b). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.

Rubinstein, A.; Naparstek, F. y Bachmann, R. (2005). “La Perspectiva Freudiana de la Eficacia del Análisis”. En *Anuario de Investigaciones*, 13, pp. 93-101.

Rubinstein, A. (2009). “Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales”. En *Anuario de Investigaciones*, 16, pp. 147-156.

Stevens, A. (2001). “Nuevos Síntomas en la Adolescencia”. En *Revista Lazos*, 4, s/p.

Trobas, G. (2003). *Tres respuestas del sujeto ante la angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out*. Buenos Aires: Grama.

Acerca del autor

Nicolás Campodónico es doctor en Psicología y especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (Universidad Nacional de La Plata). Además, es docente e investigador de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), becario postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y autor de libros y publicaciones, tanto nacionales como internacionales.