

USOS Y OBSTÁCULOS DE LA CLÍNICA DE LAS
PSICOSIS
EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA

Proyecto de investigación realizado en el contexto del
curso anual 2009

“Síntoma y Lazo Social”

dictado por el Servicio de Salud Mental
del *Hospital Central de San Isidro*

Coordinación: Lic. Mónica Bureau, Lic. Virginia Walker
y Lic. Ramiro Gómez Quarello

Título del trabajo:

**Actualidad y Psicoanálisis:
¿complemento o discordancia?**

Lic. Laura V. Melamedoff

DNI: 26158087

M.N. 45270

Actualidad y Psicoanálisis: ¿complemento o discordancia?

Este proyecto de investigación tiene como propósito relacionar lo aprehendido a lo largo de la experiencia del curso brindado por el Servicio de Salud Mental del Hospital de San Isidro con la pregunta que se viene generando en mí hace tiempo acerca de cuán dependientes o resultantes pueden ser las manifestaciones de la estructura del contexto de la época.

Para esto, intentaré hacer un recorrido vincular entre lo vivenciado a lo largo del año con los siguientes postulados teóricos:

- Características de la época actual
- Influencia del entorno en el síntoma social
- Operación síntoma social – síntoma particular
- Deseo de analista

Características de la época actual

Son vastos los trabajos que se registran al momento acerca de las características de la época actual pero, en este breve recorrido, me interesa poder destacar su influencia desde una doble vertiente. Quisiera poder desprejar la suerte de connotación negativa que en general se adjudica al contexto y correrlo del lugar de puro obstáculo en la clínica cotidiana.

Asimismo, considero de importancia reflexionar acerca de que si bien nos estamos refiriendo a diferentes formas de manifestaciones clínicas, no estamos hablando de diferentes estructuras. A las claras podríamos identificar a esto como una obviedad, pero en ciertas ocasiones pareciera confundirse la expresión de la estructura con la estructura misma y considero que esto sí podría constituirse en un obstáculo para la clínica psicoanalítica.

Retomando la línea de investigación acerca de la doble vertiente de la influencia de la época, intento referirme al acontecer actual como montado sobre la base de un discurso capitalista¹ a flor de piel, discurso en donde el puro éxito está a la orden del día y donde a su vez la multiplicidad de estímulos es moneda corriente.

Puro éxito... ¿de qué lado está el éxito? ¿Éxito en tanto ideal donde siempre se quiere algo más, y en donde, mediante esa búsqueda el sujeto no logra más que barrarse ante la falta y angustiarse ante el encuentro con lo real, o éxito en tanto borramiento de la hiancia, en donde no hay lugar al deseo y el sujeto queda del lado del puro goce?

El discurso capitalista, es un discurso que está en el orden de siempre ir y pedir por más, podríamos decir que es un discurso gozoso, que no da lugar a la intermitencia ni al intervalo intentando obturar todo agujero, que va detrás de un goce eterno que busca no dar lugar a la falta. Es un más, que va en busca de un nuevo más y otro y otro, es como si, parafraseando a Fabián Naparstek², el sujeto se entregara a la fiesta perpetua que la sociedad de consumo le ofrece y le organiza. Tratándose de un *after* del *after* del *after* que propone la fiesta interminable.

También sabemos, que si hay presencia de un “más”, hay consistencia de un “menos”, un menos que bien podría ser por ejemplo un vacío, un agujero.

No es novedad que los tiempos que corren difieren de aquellos en donde Freud notó asombrado que “sus histéricas le mentían”, no sólo han transcurrido muchos años sino que los cambios del entorno se presentan cada vez de manera más acelerada. Estamos en la época de la informática y las comunicaciones, en donde

¹ Colette Soler. “Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista” Conferencia dictada en APdeBA, en Buenos Aires, el 20 de julio de 2004, Pág. 235.

² Naparstek Fabián, “La ciudad de la fiesta”, texto presentado en la apertura de las XV Jornadas Anuales de la EOL, inédito.

a un lanzamiento de algo más que novedoso y sorprendente le sucede otro y otro más. Sólo un cerrar de ojos separa a lo innovador de lo obsoleto y esto parece incidir hasta en la forma en que las patologías se expresan. “Estos planteos consideran las consecuencias sobre la práctica cotidiana de la globalización y las distintas estrategias para aprehender y operar en las nuevas condiciones que se vienen desarrollando y que atraviesan las diferentes identidades.”³

Aquí es donde me surge la pregunta, qué rellena la falta, el agujero en la actualidad, ¿actuará ésta como resorte a las nuevas manifestaciones observables en la clínica, como por ejemplo a las denominadas psicosis ordinarias (o débiles en muchos casos)⁴?

Así como en otros momentos el deseo de Elizabeth Von R aparecía aplastado, y se expresaba por conversión en el cuerpo, hoy es muy frecuente que esta operación se de aplastando el deseo y reduciéndolo a información, a matemática aplicada y a matemática aplicada a la matemática. También en casos de psicosis, distintas y nuevas manifestaciones incrementan su frecuencia en los consultorios y hospitales. Esto no es una novedad, ya que el concepto de psicosis ordinaria empieza a aparecer a partir de este siglo⁵. En sus comienzos, esta investigación se dio lugar a partir de tres encuentros de la comunidad psicoanalítica en donde se presentaron lo que se tomó como transformaciones observadas en la clínica y que llevó a repensar ciertas cuestiones acerca de los diagnósticos clásicos. Para los dos primeros encuentros se reunió material acerca de lo que nominaron como “casos raros”, aquellos cuyas manifestaciones parecían corresponderse con los de las neurosis y sin sintomatología propia de la psicosis, pero que a fin de cuentas no terminaban de convencer. Tal es así que, luego de un trabajo exhaustivo, la estructura neurótica quedaba descartada y se llegó, como resultado, a postular

³ G. Belaga, *Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas*, Trabajo leído en el Coloquio “Politiques et Subjectivites”, organizado por la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental, en París, el 10 de junio de 2009.

⁴ J.A. Miller y otros, *La Psicosis Ordinaria*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2009, “En todo caso las psicosis ordinarias son principalmente psicosis del tipo débil. Al menos, el contraste entre antes y después [se refiere al momento del desencadenamiento] no es tan marcado”

⁵ J.A. Miller y otros, *La Psicosis Ordinaria*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2003

que si bien se trataban de casos de psicosis, eran bajo la forma de una nueva presentación. Esto llevó a que se repiensen, por ejemplo, conceptos como conversión, desencadenamiento y transferencia, dando lugar a términos como neoconversión, neodesencadenamiento, neotransferencia. Miller⁶ distingue la psicosis ordinaria de la clásica en que la primera no suele presentar puntos de desencadenamientos rotundos y determinantes sino más bien encuentros con un real en donde estos hacen que el sujeto quede perplejo o que se desanude frente a estas situaciones. Son otras formas de psicosis que se ven posibilitadas por las nuevas opciones de lazos sociales, son psicosis que a veces, por el contrario a una florida, pasan desapercibidas, pero más allá de su inadvertencia son casos de pacientes en donde, como en toda psicosis, la inscripción del significante de la falta no ha sido inscripto y en donde los fenómenos elementales se hacen presentes como elementos excluyentes.

En todo caso, tal como desarrolla G. Belaga en *Estudio sobre las soluciones narcisistas en las psicosis*⁷ podemos ubicarnos desde una mirada que tenga que ver más bien con identificar las particularidades de una clínica inmersas en una época del Otro que no existe en donde lo simbólico ya no permite ordenar la experiencia analítica y en donde una forma de anclaje vinculada al síntoma se define más bien como real de un imaginario de seguridad. “Situación que lejos de los primeros seminarios de Lacan, muestra que lo simbólico se consagra a la imagen”⁸

Sobre la base de estas consideraciones, ubico con relevante importancia, otorgar un lugar primordial al proceso diagnóstico en psicoanálisis en estos momentos de radicales cambios culturales, sociales y clínicos. Proceso diagnóstico que, siguiendo la orientación de Lacan, es un resultado del acto analítico, es un emergente del dispositivo. Este diagnóstico, abrirá entre otras, la puerta a la selección de maniobras de la transferencia por parte del analista en las psicosis.

⁶ J.A. Miller y otros, *La Psicosis Ordinaria*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2003

⁷ G. Belaga, “*Estudio sobre las soluciones narcisistas en las psicosis*” *Las psicosis actuales*, Paidós

⁸ Ídem.

De allí el nombre de entrevistas preliminares a aquellas que nos permiten orientarnos, sobre todo para no ofrecerse el analista propiciando un escenario que de lugar al rechazo o a un posible desencadenamiento.

El diagnóstico, en psicoanálisis, debe de anudar tres niveles diferentes: el de los tipos clínicos de síntoma – neurosis, perversión, psicosis-; el que se refiere a la particularidad del síntoma, y aquel que da lugar a la singularización que el dispositivo analítico opera sobre el síntoma, siempre y éste se de lugar, estrictamente, en un encuadre transferencial.

En esta línea de pensamiento, que se refiere al qué decir para ser escuchado, abro lugar a arriesgar una de mis hipótesis acerca de la estrecha conexión de estos decires con los avatares de la época.

Influencia del entorno en el síntoma social

Generalmente, recibimos a un paciente que acude, la más de las veces, por un padecimiento. Recibimos a un ser que sufre o se queja (en el mejor de los casos, ya que también están aquellos que “son traídos”, por padres, o por cuestiones con la escuela, la sociedad, la justicia) quien a su vez trae consigo, lo que más de una vez escuché como “su explicación de bolsillo acerca de su padecer”, lo que nosotros denominamos como **síntoma social**. Me interesa, en esta línea de investigación, poder dimensionar la influencia de la época en la conformación de determinados síntomas sociales.

- ¿Son los medios de comunicación, al ser parte ineludible de la época actual y a su vez componente fundamental del discurso capitalista, formadores de síntomas sociales?
- ¿Forja el hospital general el anclaje a un síntoma social? Qué necesito decir, de qué necesito quejarme o sufrir para ser escuchado (tomando en cuenta, en este sentido, la realidad de hospitales abarrotados de pacientes,

infinitas listas de esperas en donde la urgencia prevalece por sobre lo demás).

Así vemos, como por ejemplo, Carolina⁹ de 20 años, al ingresar por guardia al hospital de San Isidro, refiere ni bien se presenta en su consulta a un supuesto episodio de abuso por parte del padre, mientras que más tarde, “la paciente durante su estadía en la guardia fue entrevistada por profesionales del servicio (de Salud Mental) en distintas oportunidades, refiriendo como motivo principal de su internación su temor a haber sido envenenada por su padre”. ¿Qué ha ocurrido aquí? Algo del orden de la escucha, del alojar a un paciente ha operado ya que los dichos de la paciente se van deslizando de unos a otros.

En este punto, es en donde el Hospital de San Isidro se constituye como uno de los elementos del entorno, es propicio diferenciar la función de una institución a la hora de poder comportarse como una en donde prevalece la gestión de casos, o cuando lo que se hace es correrse del vocabulario médico, y ofrecerse como lugar de alojamiento para ese paciente, en donde este será escuchado, en donde el objetivo no es rotular y cerrar sino particularizar y abrir. Abrir opciones de posicionamiento de la institución en cada caso singular, abrir preguntas en los pacientes, abrir y evaluar distintos dispositivos de intervención.

Operación síntoma social – síntoma particular

Conforme con la dirección de la cura o de un tratamiento posible, es necesario poder realizar una viraje, un pasaje de ese síntoma a uno que llamamos **síntoma particular**. Esta operación lleva consigo la implicación del sujeto en su singularidad, es decir, reconocerse ahí, en ese síntoma. El paciente, la más de las veces, consulta por un padecer, por un sufrimiento que viene provocado por un síntoma que lo habita desde algún tiempo. Será el proceso mismo del

⁹ Curso 2009 Hospital de San Isidro, Material preparado para Ateneo por María Florencia Bolaños

diagnóstico¹⁰ psicoanalítico que revelará el síntoma desentrañándolo de lo ajeno y dando lugar al padecimiento subjetivo del paciente, abriendo así el camino hacia un abordaje analítico posible. Es decir que el dispositivo psicoanalítico mismo dará lugar a la emergencia de un sujeto responsable de su padecer. Es visible en la clínica cotidiana este viraje que troca una afirmación de la persona que llega al consultorio, generalmente en forma de pura queja, en una pregunta en dónde el sujeto emerge. Una pregunta que denotará la implicación subjetiva que lo lleva a responsabilizarse por el sufrimiento, modificando así su posición ante la enfermedad misma. El reconocimiento por parte del analizante no es un efecto separado del funcionamiento de este síntoma, es más, éste sólo quedará constituido cuando el sujeto se percate de él. Para que el síntoma pueda formularse el sujeto debe ubicarse de manera que algo le sugiera que hay una causa para eso así es como el síntoma podrá ser abordable por nosotros.

Podemos notar este viraje en el decir de Miriam¹¹ cuando al presentarse al servicio de Salud Mental del hospital, en una de las primeras entrevistas, relata que su fortaleza se ha perdido y que padece de "una enfermedad que la sacó de circulación, del mundo durante más de cuatro años" con el transcurrir de las sesiones, ese "fuera de circulación (del sujeto)" abre espacio a la subjetividad de Miriam ya que logra implicarse en el discurso, es decir, ya habla de su sentir en tanto que describe partes de la casa como el lugar de cada hija o de su marido (no de ella). Aquí, el trabajo de la analista y de Miriam comienza a ser en el sentido de construir un tiempo y un espacio propios como tienen todos los demás y es así cómo la paciente logra ubicar rápidamente a la cocina como su lugar. Para esto, se le señala que la cocina, quizás ese sea un espacio común, para compartir, en donde el sentimiento de propiedad no se correspondería solamente con ella. Miriam parece muy confundida al descubrir que, en realidad, no hay ningún rincón en la casa del que poder apropiarse, concluyendo además que

¹⁰ Tomando al *diagnóstico* como "el trabajo por el que el analista se ubica en el campo transferencial del paciente para hacer posible desde allí una manifestación más nítida de síntoma en tanto expresión de un saber inconciente que concierne y divide al sujeto que lo padece". Lacán, J. (1964-1965) "El seminario 12"; "Problemas cruciales para el psicoanálisis" clase del 10 de junio de 1965. Inédito.

¹¹ Curso 2009 Hospital de San Isidro, Material preparado para Ateneo, "No se si ya perdí eso también"

tampoco dispone de un tiempo propio, ni dentro ni fuera de la casa, ya que debe pedir permisos especiales inclusive para venir al hospital. Más adelante aún, Miriam pedirá a su terapeuta “participar” de los talleres del hospital. Es notable, como en un primer tiempo, Miriam, “había sido sacada de circulación” y que luego de un tiempo de tratamiento el sujeto se apropia de la situación implicándose en el “no disponer de un tiempo propio” en donde, mediante la responsabilización, y reubicación subjetiva se incluye dentro de los que quieren participar”

Deseo de analista

La clínica psicoanalítica precisa su efectividad, paradójicamente, en el punto en que sitúa aquellos lugares en que el analista no posee un saber dado de antemano sobre el sujeto. El saber sobre el goce de un sujeto en particular, es sin duda un saber “imposible” para el analista.¹² Si esto no ocurriese, es decir, si el analista se presentara en este caso como un Otro que sí sabe, que posee un saber diagnóstico que proviene de un espacio ajeno al dispositivo analítico, se ubicaría del lado de la sugestión obturando así toda posible emergencia de un sujeto, clausurando la singularidad y subjetividad del paciente y confirmando su condición de enfermo. Con mucho de esto nos encontramos hoy en día, por ejemplo a la hora de diagnosticar por medio de solamente signos que encontramos en el DSMIV. A esto se refirió Eric Laurent¹³ en el último ENAPAO L cuando habló que apelar a solamente “categorías clínicas” es una forma de venganza de lo real y las definió como una “fetichización de las certidumbres que sacan de la serie”. Asimismo se refirió a ciertos nombres de patologías, que por ejemplo serán quitadas del DSMV en el 2010, dando esto lugar a preguntarnos qué ha sido eso que por el lapso de 12 años ha sido considerado como categoría clínica y por qué ya no más. Creo que esto es algo también del orden de lo novedoso con lo que tenemos que vérnosla en la clínica de la actualidad.

¹² Mónica Gurevicz y Edmundo Mordoh (2009), “El proceso diagnóstico” en “Singular, particular, singular”

¹³ E- Laurent, “*El psicoanalista, síntoma irreductible*” Conferencia programada en las actividades del ENAPAO L, Buenos Aires, 29 de noviembre del 2009

Tuvimos la oportunidad, a lo largo de este año, de recorrer el postulado acerca del deseo de analista, una de ellas fue en la clase del 26 de agosto, Cura-control-deseo del analista-Pase-Analista, cuando la Dra. Lisa Erbin¹⁴ se refiere a que “el verdadero psicoanálisis reconoce los efectos del lenguaje en la enfermedad y el acto psicoanalítico es un corte en el discurso, libera la palabra de lo que la constriñe, de la censura. Este acto depende del deseo del analista. El analista debe suspender toda demanda desde él mismo. No debe esperar curarlos sino llegar a obtener lo más singular en ese paciente”. De esta manera, accediendo a las demandas del paciente, sólo se enmascarará la responsabilización del sujeto. La operación del analista es abstinentemente buscando no dar consistencia a la demanda, lo que no quiere decir que la abstinencia sea silenciosa, sino que será lo que vía la transferencia el sujeto pueda ir de la demanda hacia su deseo. En un comienzo es necesario que un paciente en demanda, demanda de amor, le suponga un saber al analista (Sujeto Supuesto Saber) un saber respecto de su – a construir- síntoma. Así tal como nos dice Colette Soler, el síntoma en un análisis es un síntoma “auto-diagnosticado” y que “será síntoma lo que el sujeto considere como síntoma”.¹⁵ El analista debe incluirse en el dispositivo, instalarse en el campo transferencial, para propiciar allí un terreno fértil en donde el paciente pueda desplegar su síntoma nítidamente. El padecer tiene que sintomatizarse, volverse síntoma. “...la posición de analista es la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto de las ideas que emite para presentar esa demanda”¹⁶ Es determinante que el terapeuta ponga en abstinencia sus juicios, prejuicios, y pareceres de él como sujeto, todo esto, incluso y por sobre todo su saber, deben quedar por fuera de la estructura de la transferencia, remarcando enfáticamente la necesidad de que exista el Deseo de analista. En caso contrario, todo esto conduciría de lleno a la obstaculización de la emergencia del sujeto analizante, subjetividad del paciente.

¹⁴ Reseña de clase aportada por la Dra. Clara Isetto

¹⁵ Soler, C. (2004), “Del diagnóstico en psicoanálisis. La querrela de los diagnósticos”, Inédito.

¹⁶ Lacan, J. Psicoanálisis y medicina, en Intervenciones y textos I, Buenos Aires: Ed. Manatíal

Conclusión

A lo largo de algún tiempo, mucho antes de haber comenzado a escribir el presente, me preguntaba por el impacto de las sucesivas innovaciones en la vida psíquica de los sujetos. En un principio, sólo podía vislumbrar este período post revolución informática y comunicacional como uno en donde sólo la primacía del puro goce reinaba y en donde los múltiples estímulos a los que estamos expuestos actuarían a la forma de obturadores. Consideraba que el fácil acceso de un paciente a los nombres de las patologías con sus correspondientes signos y síntomas, sólo darían lugar a “etiquetar” clausurando así la posibilidad de hacerse una pregunta.

Más adelante, pude vislumbrar que si bien lo primero es un acontecer de la clínica cotidiana, es sólo una cara de la moneda, y que de su contraparte podemos servirnos de nuevas posibilidades, de nuevos tipos de lazos, de diferentes formas de comunicación y que más allá de los nuevos ingredientes contemporáneos, lo primordial del psicoanálisis no se ve en nada restringido por el contexto de la época actual.

Rosa de 47 años se presenta como una “*bipolar*” sin vacilación alguna, como si este nombre actual la describiera. Bajo la bandera de “los derechos del bipolar” ha tramitado un certificado de discapacidad que le permite viajar en colectivo y conseguir medicación gratis. Comenta tener contacto con publicaciones como *Despertando el don bipolar* y *La bipolaridad como don* de Eduardo Grecco. Además frecuenta una Red Bipolar en Internet¹⁷.

Aquí vemos cómo identificarse como “bipolar” abre para Rosa toda una gama de posibilidades de incluirse en un grupo de pares, de pertenecer y de actuar desde allí. “Ser bipolar” es una forma de lazo social posible para ella.

¹⁷ Curso 2009 Hospital de San Isidro, Material preparado para Ateneo del 9 de septiembre por Leandro Itzik

Considero importante, conocer, investigar y no desestimar los nuevos componentes a los que estamos expuestos y de los cuales la práctica psicoanalítica no puede quedar por fuera porque son parte del lenguaje en el que estamos inmersos. Digo lenguaje y no discurso porque la época contextualiza a todos los tipos de estructura, ya que “la clínica del desenganche se orienta por el *fuera de discurso*” más que por el trastorno del lenguaje (...) la clínica del desencadenamiento atañe menos a la relación con el lenguaje que a la inserción o desinserción del sujeto en un discurso”¹⁸

Desde mi lugar, creo que ubicar como solamente amenazadores los nuevos elementos de la actualidad, sería correrse de una de las nociones centrales de la práctica psicoanalítica como ser la ética. La ética justamente hace referencia a que todo analista debe ir en busca de la singularidad del analizante, alojando al paciente en un primer momento, alojando sus actos, sus angustias y propiciando así el terreno en donde el sujeto pueda emerger y donde lo singular se presentifique en la conformación de un síntoma analítico. Estimo entonces que lo que circunda a un paciente (época actual) debe ser tomado en calidad de rodeos que no hacen más que velar, de algún modo, esa singularidad a la que el analista debe tener en el horizonte de su accionar. En el caso clínico mencionado sería poder indagar qué significa para Rosa SER Bipolar.

Es así como *echar mano* de estas nuevas herramientas del discurso que el paciente traiga, ya sea el nombre de una patología a la que se ha llegado por Internet, como cualquier otra conformación imposible de encontrar en algunos de los casos que tanto leímos, releemos y seguiremos leyendo en la Obra de Freud, es parte del quehacer de hoy de los analistas. Creo que esto de que un paciente venga a hablarnos como así también que nuestra función sea la de analista, denota que alguna presencia de un Otro se hace contingente, es cuestión de escuchar al paciente que nos habla, de vislumbrar su singularidad y de abrirnos a un Gran Otro diferente pero no menos consistente.

¹⁸ J.A. Miller y otros, *La Psicosis Ordinaria*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2003

Por último, no puedo terminar el presente sin diferenciar que los nuevos ingredientes que se van incluyendo con el discurrir de los avances tecnológicos entre otros, dan lugar a nuevas posibles manifestaciones de las estructuras, pero no a estructuras diferentes. Con lo cual, considero fundamental que nuestra práctica cotidiana (la de los psicoanalistas) no se aparte del bien hacer del psicoanálisis, bien hacer que tiene que ver con el recorrido teórico del presente y con las nociones fundamentales del psicoanálisis y más aún con su esencia: *su verdad*.

Bibliografía consultada:

- Freud, S., *Neurosis y psicosis*, (1924), Tomo 19, Amorrortu, Buenos Aires, 1978
- Freud, S., *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, (caso Schreber)*, (1911), Tomo 12, Amorrortu, Buenos Aires, 1978
- Lacan, J., *Seminario 3 Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 1984
- Lacan, J., *Seminario 5 Las Formaciones del Inconsciente*, Paidós, Buenos Aires, 1999
- Lacan, J., *Seminario 7 La Ética del Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires. 1988
- Lacan, J., *Seminario 10 La angustia* Paidós, Buenos Aires, 2006
- Lacan, J., *Seminario 11 Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis* Paidós, Buenos Aires, 1987
- Lacan, J., *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, en Escritos 2*, siglo XXI editores, Buenos Aires, 2001.
- Lacan, J., *El mito individual del neurótico*, en *Intervenciones y textos I*, Manantial, Buenos Aires, 1999
- Lacan, J. *Psicoanálisis y medicina, en Intervenciones y textos*, Buenos Aires: Ed. Manantial, 1988
- Miller, J-A., *La psicosis ordinaria*, Paidós, Buenos Aires, 2003.
- Miller, J-A., *El amor en las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 2005.
- Miller, J-A., *El saber delirante*, Paidós, Buenos Aires, 2005.
- Miller, J. -A., *Enseñanzas de la presentación de enfermos*, en *Matemas I*, Manantial, Buenos Aires, 1987.
- Soler, C., *El inconciente a cielo abierto de la psicosis*, JVE Ediciones, Buenos Aires, 2004.
- Soler, C. *“Del diagnóstico en psicoanálisis. La querrela de los diagnósticos”*, Inédito, 2004
- Soler, C, *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?*, Letra Viva, 2009
- Compilación, *Las psicosis actuales*, Grama, Buenos Aires, 2008
- Compilación, *“Singular, particular, singular, La función del diagnóstico en psicoanálisis”* JVE Ediciones, Buenos Aires 2009