

Síntoma e inhibición en “lo que se dice en un análisis”

Manuel Rubio

rubjuanmanuel@gmail.com

Actualidad Psicológica año XXXIV N° 374. Inhibición y Síntoma

“El análisis no consiste en que uno esté liberado de sus ‘síntomas’ (‘sinthomes’), dado que es así como lo escribo ‘symptome’. El análisis consiste en que se sepa por qué se está enredado en eso: eso se produce debido a que hay lo Simbólico.

Lo Simbólico es el lenguaje: se aprende a hablar y eso deja trazas. Eso deja trazas y, debido a eso, deja consecuencias que no son ninguna otra cosa que el ‘síntoma’ (sinthome), y el análisis consiste —hay con todo un progreso en el análisis— el análisis consiste en darse cuenta por qué se tienen esos “síntomas” (sinthomes), de suerte que el análisis está ligado al saber”¹.

Comienza diciendo “yo soy TOC, no quiero que me mediquen, por eso vengo a usted”. Consultas de ese tipo son frecuentes en esta época, así como “me manda el cardiólogo porque soy hipertenso y la semana pasada me hicieron tres *stents*”. Soy TOC, soy hipertenso ¿son maneras de nombrar un padecer o una marca de identidad? Pero, no sólo por el lado de la demanda, también en la oferta terapéutica se encuentran recortes que hacen pensar, como el ofrecer la cura para lo que, en otros momentos, había consenso en considerarlo como manifestaciones de una situación más amplia, pero que hoy se lo plantea como “trastornos” por sí mismos, categorizados desde el recorte de funciones corporales, así por ejemplo: trastornos alimentarios, del sueño, sexuales... ¿De qué se trata, de patologías, de síntomas de una patología, de inhibiciones de funciones normales?

Ya son muchos los años del recorrido de los trabajos de Freud en nuestro país, donde han hecho profunda raíz, sin embargo seguimos haciéndonos preguntas que nos recuerdan a la época prefreudiana. ¿Significan lo mismo las palabras de esta pregunta para un psicoanalista o para un psiquiatra que proviene del naturalismo? Por cierto que pareciera pura retórica, sin embargo es frecuente escuchar sostener que es necesario alcanzar un lenguaje único para comunicarnos, sin equívocos ni malentendidos, independientes de las concepciones teóricas de cada uno y, para ello, se ha propuesto recurrir a una “clasificación atórica” que garantice desde su formulación ese cometido. Es admirable que al hacer tales afirmaciones se llegue a un desconocimiento tal del trabajo sobre paradigmas (Kuhn), episteme (Foucault), urdimbre creencial (Saurí), para nombrar distintas posiciones clásicas que ayudan a pensar tal situación. Aún antes de ello, ya desde el inicio se cae en la trampa de la homonimia: por emplear una palabra, síntoma por ejemplo, se cree

estar hablando del mismo concepto recortado desde ella. Esto justifica que sigamos recorriendo algunos lugares comunes, porque tal vez no llegan a ser tan comunes.

Se emplean clasificaciones psicopatológicas por estadísticas consensuadas, construidas a partir de elementos evaluados según la frecuencia en que aparecen en la correlación con otros, desde donde se confeccionan categorías clínicas como si no dependieran de una nosología. Recurramos a un autor clásico en el tema para algunas diferencias necesarias: la nosología es una “teoría general de la enfermedad como modo de vivir del hombre”, confundida a veces con la nosotaxia que es la “clasificación científica de los modos típicos de enfermar” o con la nosografía, la “doctrina acerca de la descripción de los procesos morbosos, ya en lo que tienen de típicos”; a su vez, cuando se estudia la sintomatología, al ser elevados a la condición de signos por el observador se constituye la semiología². En síntesis, toda clasificación —nosotaxia— se realiza desde una determinada doctrina clasificatoria —nosografía— en consonancia con una teoría general —nosología—. Si bien desde la etimología deberíamos llegar a los griegos, no es de Hipócrates de quien procede el uso actual de tales clasificaciones, sino que derivan de la modernidad, con todos los impasses que la misma presenta en nuestros días³. Partiendo desde un realismo ingenuo podríamos pensar que el “síntoma” está ahí, sólo hay que saber buscarlo —como me decía un residente en su primer año de formación luego de una primera entrevista, al preguntarle qué había escuchado, “no me interesa qué escuché, usted enseñeme a ver los síntomas, yo quiero saber diagnosticar”—, en realidad, es ya un recorte y corresponde saber cuales son los supuestos implícitos que guían a tal recorte. A partir de la modernidad “el dato deja, en consecuencia, de ser elemento para pasar a ser síntoma, representación clara y coherente de los trastornos mentales. Metodológicamente el alienista mira y escucha sin intervenir y, como observar supone objetivar, se deduce que lo observado aparece en su plena realidad”⁴. Se comienza considerándolo extensivo y cronológico, algo anecdótico, que al agruparlo permite el conocimiento; así el empirismo naturalista describe a partir de la introducción del tiempo como transcurso en el espacio del síntoma. Cuando la psiquiatría toma forma criticista no le alcanza con agrupar sino que requiere una ubicación en un sistema de pensamiento, para lo que el estudio de la parálisis general progresiva, con la correlación de la demencia con la parálisis y su esquema etiológico orgánico, le ofertó la solución buscada. A partir de entonces “El síntoma no representa la entidad nosológica; la integra en calidad de efecto de una causa, y su valor diagnóstico reside en que, a partir de él es posible remontarse hasta ella”⁵. Es esperado según un esquema ideal, es el síntoma quien permite ubicar el momento en que se encuentra según la evolución esperable por conocer el momento final. Es controlable por racional y positivo. De lo dicho en esta excursión histórica se impone una conclusión: no existe ningún sistema “ateórico”, por más que se propagandice o incluso se lo imponga en situaciones concretas⁶.

¿Qué muestra la experiencia del psicoanálisis? Comencemos por una constatación que hace Harari, “tres puntuaciones fácilmente verificables en la experiencia cotidiana: 1) muchísimos síntomas ‘desaparecen’ en el desarrollo de una cura sin siquiera ser ‘encarados directamente’ —al modo médico/psicoterápico— como tales; 2) como fructífero efecto de la marcha transferencial de un análisis, el analizante habrá de encontrarse en condiciones de nombrar síntomas suyos hasta ese entonces nunca reconocidos como tales en orden a la implicación subjetiva en juego (como la frigidez, entre tantos otros ejemplos); 3) por último, irrumpen, en el curso de la cura, síntomas nuevos cuyo carácter transitorio —‘intercurrentes’— los vincula conforme con el rango de los paradójicos testimonios de amor brindados al analista para facilitar ‘su’ análisis”⁷.

El síntoma, ya no es una referencia a algo delimitado desde afuera, no es ese fenómeno que sirve para clasificar desde la Mirada, sino eso que le permite al neurótico captarse —analista mediante— en el modo de su implicación subjetiva, dicho de otra manera: preguntarse en su ser. Padece de un pensamiento que lo incomoda, de un miedo ante una situación concreta, de una molestia corporal que irrumpe en momentos que le permiten asociar; algo lo pone mal, pero si bien lo vive como ajeno a él, lo reconoce como propio, “tierra extranjera interior” lo denominaba Freud. Aparece en su mundo pero como si quisiera sacárselo de encima, debe excluirlo de él. Por lo tanto, el síntoma es un padecimiento que le genera una pregunta incómoda sobre sí mismo, que no puede delimitar con claridad porque no posee la clave que le permita descifrarla. Pero, al saber que algo le ocurre, busca la ayuda de alguien a quien supone depositario de un saber sobre eso; hay un saber que pueda ayudarlo en su padecer y este saber supuesto está ubicado en Otro —el neurótico sabe de lo inconsciente—. El estado de este otro concreto en quien ubicará a este Otro del saber, estableciendo una relación transferencial, va a variar según la condición cultural del que padece, así, entre nosotros es frecuente la consulta a un psicoanalista, pero cada vez más suele buscárselo en un mítico saber biológico, también puede ser en un saber mágico o religioso. Sin embargo, en su modalidad de búsqueda, respeta la misma estructura: una molestia, con una causa propia desconocida que indica que está puesta en un saber, que puede ser localizado en un lugar Otro, que si lo recupera para sí su situación cambiará, dejando de padecer al hacerse cargo de eso de sí de lo cual escapaba —propio de la cobardía del neurótico—. Cambia entonces su relación a la responsabilidad. Puntuando estas notas sobre el síntoma, calificado como una de las formaciones de lo inconsciente:

- Una molestia
- Cuya causa es un saber no sabido
- Localizable en Otro
- Que, de recuperar tal saber, cambiará

Para que se despliegue hace falta que quien reciba esta transferencia lo permita, al punto que Lacan advertía: “El síntoma. Sería necesario definirlo como algo que se señala. Como un sujeto que sabe que eso le concierne, pero que no sabe lo que es. En qué medida podemos nosotros, analistas, decir qué estamos a la altura de esa tarea de ser aquel que, en cada caso sabe lo que es”⁸. En la clásica conferencia sobre la transferencia de las lecciones introductorias Freud era categórico, “Todos los síntomas del enfermo han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, que consiste en un vínculo con la transferencia. 0 de esos síntomas subsistieron sólo algunos, que admitieron esa remodelación”⁹. En esta nueva relación es el síntoma quien representa al sujeto. Por lo tanto, si es lo que representa al sujeto ante Otro —significante—, responde a la noción de significante. El síntoma es el significante inconsciente que lo representa. Si esto es cierto, se pueden sacar de aquí las consecuencias devastadoras, para el sujeto, cuando se barre con el síntoma sin tomar en consideración la verdad que porta en ese modo de saber. Pero, es un significante que en su misma presencia está excluido, ya que el hecho de ser clasificable en su sentido “objetivo” no dice nada de tal verdad —si sólo se toma nota semiológica, tal texto queda como si fuera indescifrable, como ocurrió antes de Freud cuando no se comprendía su lengua—, la posibilidad de tomarlo en su verdad va a permitir acercarse a aquello por lo que clama. Esto no va a ser fácil, ya que si bien es su padecimiento y dice “sáqueme esto”, es de aquello —con el goce que conlleva¹⁰— de lo que no quiere desprenderse, como decía un analizante en un momento por fuera de su fobia: “tengo miedo a no tener miedo”, ¿cómo manejarse en el mundo sin “eso”, por fuera del mundo, que le permite orientarse?

¿Por qué se aferra a su síntoma, en esa repetición que hay en él? Porque en su síntoma efectúa la represión, por eso, para Lacan represión y retorno de lo reprimido —el deseo prohibido mismo— son equivalentes; de allí se desprenderá su función de suplencia de la falla del Nombre-del-Padre. En Freud el síntoma es el efecto de un conflicto entre la defensa y el deseo y ahora decimos que la represión —la defensa— es efectivizada por el síntoma. ¿Dónde ubicar el comienzo? “[...] en la coextensividad del desarrollo del síntoma y de su resolución curativa se muestra la naturaleza de la neurosis: fóbica, histérica u obsesiva, la neurosis es una cuestión que el ser plantea para el sujeto ‘desde allí donde estaba antes de que el sujeto viniese al mundo’”¹¹. Por lo tanto, la historia comienza antes que el sujeto se capte en su mundo, la frase ya fue iniciada por sus padres —es el deseo que lo trajo al mundo—, tal como Freud se lo explica a Juanito. Es el sujeto quien toma una posición. Si bien esta formulación ocupa sólo un momento en el abordaje que hace Lacan, recordarlo abre un camino. “[...] nada se centra convenientemente más que desde la posición del sujeto para la que la articulación del análisis, al partir del deseo, permite ilustrar de ello. Posiciones subjetivas, por tanto ¿de qué? Si me fiase de lo que se ofrece, diría: las posiciones subjetivas de la existencia [...] Desgraciadamente, esto sólo nos permitirá una aplicación rigurosa al nivel del neurótico [...] Por eso diré las posiciones subjetivas del ser”¹².

Lo que era la relación del sujeto al deseo del Otro, ahora recibe una precisión, se trata de una posición, una actitud, un modo de estar —tomar posición—, con la actividad que esto implica en tanto poner —sentar posición—, no sólo por ocupar la posición —social que le vino dada—¹³. Tal posición es subjetiva, entendido al sujeto como adviniente, no como un sustrato, sino como resto de la operación de constitución. El maestro francés se pregunta: posición subjetiva “¿de qué?”, dando dos alternativas, la primera es de la existencia, descartándola porque entiende que quien se cuestiona por la condición de su existencia es sólo el neurótico, lo cual restringiría el alcance clínico del concepto¹⁴. La otra alternativa, y la opción que toma en esa ocasión, es: *posiciones subjetivas del ser*. Si muchos temas escapan a este escrito, ya la cuestión del ser es imposible abordarla, sólo demos algunas notas de contexto desde el deseo en juego. “[...] para juzgar la cuestión del deseo si la planteamos directamente a partir del absolutismo parmenidiano, en tanto que, precisamente, él anula todo lo que no es del ser, el ser es, dice él, el no ser no es. Nada es, afirma él, de eso que no es nacido todo lo que existe, entonces, no vive más que en la falta en ser (manque à être)¹⁵.

La problemática queda trazada en el orden de la falta que, en principio, es falta en el Otro, desde donde se constituye. Tal planteo lo lleva a considerar al hombre como el sujeto de la falta en ser, que surge de la relación que tiene al discurso¹⁶. Al respecto, un lugar central lo ocupa la muerte, de la cual no se tiene experiencia, por lo tanto, ¿cómo simbolizarla? “Está simbolizada sobre ese punto y ese órgano preciso donde aparece de la manera más sensible, eso que es ese empuje de la vida. Por eso es el falo en tanto que simplemente representa la elevación de la potencia vital que tome lugar en el orden de los significantes, en representar para el individuo humano en su existencia lo que está marcado por el significante, lo que por el significante está golpeado por esta caducidad esencial donde se puede articular en el significante mismo esa falta en ser de la cual él introduce la dimensión en la vida del sujeto”¹⁷.

El concepto de falo, ubicado como eje en la cita, posee un valor central para captar las posiciones subjetivas. Es muy claro al respecto el comienzo mismo del escrito que le dedica, teniendo en cuenta que hablar de falo es hablar de castración, en una lógica donde no hay uno sin la otra. “Es sabido que el complejo de castración inconsciente tiene una función de nudo.

1ro. en la estructuración dinámica de los síntomas en el sentido analítico del término, queremos decir de lo que es analizable en las neurosis, las perversiones y las psicosis;

2do. en una regulación del desarrollo que da su *ratio* a este primer papel: a saber la instalación en el sujeto de una posición inconsciente sin la cual no podría identificarse con el tipo ideal de su sexo, ni siquiera responder sin graves vicisitudes a las necesidades de su *partenaire* en la relación sexual e incluso acoger con justeza las del niño que es procreado en ellas”¹⁸.

Si lo pensamos en clave freudiana donde lo que está en juego es el complejo de Edipo, como un nudo de relaciones de varios conceptos, tendríamos que tener en cuenta: falo, castración, función del padre, madre fálica, equivalencias simbólicas, sexualidad femenina, identificaciones, narcisismo, ideales, superyo,

fetichismo. Pero, el orden dado por Lacan cambia la prioridad, al Edipo lo considera un mito propio de las neurosis, poniendo en primer lugar al complejo de castración en tanto nudo, siendo el complejo de Edipo ya una posible respuesta a este Otro. Su alcance no abarca sólo lo patológico, punto 1ro, sino que también le da la razón —*ratio*— de ser al desarrollo, lo regula.

- Estructuración dinámica de los síntomas
- Asumir una posición inconsciente

En cuanto a lo primero, es desde la castración desde donde toman estructuración dinámica los fenómenos —síntomas— propios de las neurosis, perversiones y psicosis —mostrando, desde ya, cuales son las tres posiciones que recorta. El segundo punto abarca tres cuestiones en referencia a la “posición inconsciente” del sujeto: la primera cuestión es cómo se identifica con el tipo ideal de su sexo —no habla de género, pero tampoco de algo sólo dado por lo biológico—, que requiere un proceso identificatorio y una participación de las propuestas sociales de un tipo ideal; será hombre y mujer, más adelante se referirá a la posición ante el falo como sexuación. La segunda tiene que ver con la respuesta que puede dar a su *partenaire* en la relación sexual, donde le reconoce que tiene necesidades —el término es poco elaborado teniendo en cuenta como trabaja conceptualmente necesidad, demanda y deseo, pero es el que está en el texto—, reconoce la diferencia, siendo el otro ya no un espejo de sí o quien es garante de un saber, sino un prójimo. La tercera es en función del modo de paternidad en juego, pues puede acoger al niño que es procreado, lo cual no es tomado como algo natural, como cuando se habla de un instinto materno o paterno al respecto.

Este sujeto, que es efecto del significante, constituido desde el Otro y que se posiciona según elabora la castración, va a ocupar tal posición en un discurso al que sostendrá inconscientemente. Delimitemos estas cuestiones a través de una muy rica cita: “Pues es una verdad de experiencia para el análisis que se plantea para el sujeto la cuestión de su existencia no bajo la especie de la angustia que suscita en el nivel del *yo* y que no es más que un elemento de su séquito, sino en cuanto pregunta articulada: ‘¿Qué soy ahí?’, referente a su sexo y su contingencia en el ser, a saber que es hombre o mujer por una parte, por otra parte que podría no ser, ambas conjugando su misterio, y anudándolo en los símbolos de la procreación y de la muerte. Que la cuestión de su existencia baña al sujeto, lo sostiene, lo invade, incluso lo desgarrar por todas partes, es cosa de la que las tensiones, los suspensos, los fantasmas con que el analista tropieza le dan fe; y aun falta decir que es a título de elementos del discurso particular como esa cuestión en el Otro se articula. Pues es porque esos fenómenos se ordenan en las figuras de ese discurso por lo que tienen fijeza de síntomas por lo que son legibles y se resuelven cuando son descifrados”¹⁹.

Recapitulando. Partimos de postular que según los supuestos implícitos en nuestro abordaje es como vamos a permitir o no el despliegue del sujeto, en el mensaje que dirige a través del síntoma, el cual tendrá la posibilidad de ser leído según las condiciones de legibilidad brindada por quien lo escucha. Por lo tanto, lo que llamamos estructuras clínicas, estructuras existenciales o las distintas modalidades que damos a las mismas en su generalización, no las emplearemos como códigos de lectura sino como condición de legibilidad. Conservando siempre la singularidad podremos captar las relaciones del sujeto con el deseo del Otro, “sólo se pueden localizar en el campo del lenguaje y en función de la palabra del sujeto, y más especialmente en función de una palabra dirigida al analista, que oye la enunciación detrás del enunciado. Estas estructuras se refieren por lo tanto a modalidades de transferencia”.²⁰ Es posible si el analista es capaz de escuchar la enunciación presente en tal habla del sujeto, donde se despliega su relación con el deseo del Otro; pensando desde el síntoma, este sólo será completo cuando es leído:

- Condición de legibilidad (selección desde las relaciones)
- Modo de relación del sujeto con el deseo del Otro
- Palabra del sujeto dirigida a
- Posibilitada por quien escucha la enunciación
- Modalidades de transferencia

Las operatorias que a partir del trabajo con la transferencia se han ido proponiendo a lo largo del trabajo de los analistas han sido muy dispares entre sí, según dónde han puesto el acento. Nombremos algunas de ellas: hacer consciente lo inconsciente, articularse a la castración simbólica, atravesar el fantasma, barrar al Otro, salir del sometimiento de la demanda del Otro, evacuar al sujeto supuesto al saber, prescindir del Nombre-del-Padre a condición de servirse de él, “*nominar* de un modo hasta ese entonces inaudito, inverosímil, y —por qué no— hasta paradójico, la experiencia pathemática de la vida del analizante”²¹.

Para dejar al síntoma, de modo simplemente mostrativo recordemos algunos enunciados freudianos en relación al síntoma histérico: “es el símbolo mnémico de ciertas impresiones y vivencias (traumáticas) eficaces; ...es el sustituto, producido mediante «conversión», del retorno asociativo de esas vivencias traumáticas; ...es expresión de un cumplimiento de deseo; ...es la realización de una fantasía inconsciente al servicio del cumplimiento de deseo; ...sirve a la satisfacción sexual y figura una parte de la vida sexual de la persona ; ...corresponde al retorno de una modalidad de la satisfacción sexual que fue real en la vida infantil y desde entonces fue reprimida; ...nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos; ...puede asumir la subrogación de diversas mociones inconscientes no sexuales, pero no puede carecer de un significado sexual”.²²

Yendo a nuestro título, trabajamos “desde lo que se dice en un análisis” en especial algunas notas en torno al síntoma. ¿La inhibición es un síntoma más? Por cierto que desde el campo de la Mirada, tanto como la angustia, sí lo es, pero no así en el psicoanálisis, al punto que Freud escribiera *Inhibición, síntoma y angustia*. Dedicemos algunas líneas al respecto porque no hay acuerdo entre los analistas, así por ejemplo, en un texto clásico y prologado por Freud se afirma “existen afecciones cuyo único síntoma es una inhibición, es decir un rendimiento disminuido”²³. El campo que delimita es el de un rendimiento, próximo al de la función marcada por Freud, pero está considerado un síntoma. Si tenemos en cuenta las últimas puntuaciones que realizara éste, cabe referirse nuevamente a la posición ante el falo, así con la envidia de pene o con la insatisfacción infantil por la naturaleza propia del onanismo²⁴. Con esta última puntuación saca la causa de las “influencias externas” como él las llama, y la ubica en el ser mismo, por lo cual rompe con la ilusión, por ejemplo de una sublimación lograda, y la sitúa en el campo del deseo y sus penurias, que, como marca Lacan, aparece en el ámbito del acto. “Un acto es una acción en la medida en que en él se manifiesta el deseo mismo que habría estado destinado a inhibirlo”²⁵. Está el deseo presente, pero de otro modo que el retorno de lo reprimido del síntoma, o, como en el mismo Seminario lo define el maestro francés, “un síntoma puesto en el museo”, con el peso que tiene sobre el carácter, al modo de fobias infantiles que quedan estagnadas en agorafobias racionalizadas desde los inconvenientes de tránsito, la inseguridad en las multitudes... tornando al espacio, por tanto al cuerpo, como el escenario donde aislarse. Al seguir estas puntuaciones, la no cesión del objeto ocupa un lugar central, con sus consecuencias sobre la circulación de goce. Así, ya en *R. S. I.* la intrusión del cuerpo imaginario sobre el agujero de lo Simbólico, con la inflación de sentido va a ser una advertencia a los analistas, quienes en su operatoria pueden ser generadores de inhibición. Pero, así como del síntoma, abonado a lo inconsciente, Lacan postuló al *sinthoma*, desabonado, también es posible reconocer dos caras, “en tanto la inhibición es una respuesta que por un lado acumula desistimiento de deseo y, por otro, resta certeza a la univocidad de sentido”²⁶. En todo acto aparece la inhibición, también hay una separación ante el horror por la aspiración del agujero y lo que ocurre en la búsqueda de imaginar lo Real, en la hiancia entre Imaginario y Real²⁷.

El título del presente texto es tomado de la *Apertura de la sección clínica* que realizara Lacan cuando define de esa manera, “es lo que se dice en un análisis”, al momento de mostrar cual es la base de la clínica psicoanalítica si esta opera en el campo freudiano. Si bien la ocasión le sirve para avanzar en una clínica desde la una-equivocación y lo oído, en este texto fue tomada la problemática desde un lugar previo, al considerar la actitud de quién es consultado y cómo puede obturar, con una mirada clasificatoria, el saber del que es portador el sufriente mensaje gozoso propio del padecimiento de quien consulta. Para ello ubicamos lo que se entiende por nosología e hicimos un recorrido por el síntoma y el modo de permitir su

despliegue, ya que, para que el mismo se complete, es necesario la presencia de quien lo escucha. En tanto significativo, sin el Otro no sería tal; por eso apuntamos a las condiciones de legibilidad y no a un código interpretativo. Por último hicimos una breve mención diferencial con la inhibición, tarea en la que los psicoanalistas estamos en deuda.

Referencias y notas.

¹ Lacan, J. Seminario 24. Clase 4.

² Lain Entralgo, P. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid. 1949. Páginas: 24 — 26.

³ Su *red epistémica*, con discursos totalizantes y universales que pretendieron explicaciones generales válidas para todos; el *cogito* como centro de la actividad psíquica; la razón instrumental —con un conocimiento de tipo utilitario, en función de la productividad y la eficacia de las acciones— regida por los principios de identidad, de no contradicción y de tercero excluido. Su *red paradigmática* newtoniana, con el ideal geométrico y el proceder descrito por Galileo, con la creencia en que la objetividad y la objetivación llevan a la verdad, con fe en el experimento, su formulación en términos matemáticos, para culminar en la actitud positivista. Su *red ideológica* burguesa, que incidirá en qué se entiende por enfermedad, quién se ocupa de ella y de qué manera lo debe hacer. Si bien todas ellas puestas en cuestión, la continuidad en el *homo economicus* sigue vigente en las prioridades de los estados modernos, la propiedad privada y el lugar del individuo, no ajenos al tema que nos ocupa.

⁴ Saurí, J. *Historia de las ideas psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico*. Lohlé-Lumen. Buenos Aires. 1996. Pág. 59

⁵ Idem. Pág. 103.

⁶ La relación entre estas clasificaciones y los negocios de empresas multinacionales escapa a este texto, hay mucho publicado al respecto que escapa al ámbito nuestro, ver por ejemplo Harris, G., Carey, B., y Roberts, J., “Cómo los laboratorios influyen sobre los psiquiatras infantiles”, en “La Nación”, del 19-5-2007, sección Psicología-Salud

⁷ Harari, R. “Un operar ‘terapéutico’ del psicoanálisis” en *El fetichismo de la torpeza y otros ensayos psicoanalíticos*. Homo Sapiens. Rosario. 2003. Pág. 105

⁸ Lacan, J. *Seminario 12*. clase 14.

⁹ Freud, S. 27ª conferencia: La transferencia. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo. 16.

¹⁰ Freud enseñaba que para conocer la sexualidad del neurótico no había que hacer una semiología de la genitalidad, sino que había que captarla en sus síntomas.

¹¹ Lacan, J. *La instancia de la letra...* Escritos I. Pág. 500.

¹² Lacan, J. *Seminario 11...* clase 19.

¹³ Las tres primeras acepciones del *DRA*. “1. f. Postura, actitud o modo en que alguien o algo está puesto. 2. f. Acción de poner. 3. f. Categoría o condición social de cada persona respecto de las demás”. Tener en cuenta la familia de poner, disponer, suponer...

¹⁴ Juranville, en *Lacan y la filosofía*, le critica a Freud el haber partido sólo de la neurosis en la construcción de varios de sus conceptos, tal vez quepa la crítica del punto de vista neurótico para el modo como Lacan toma a la existencia, así este otro autor considera las “estructuras existenciales”.

¹⁵ Lacan, J. *Seminario 7*. ... clase 22.

¹⁶ Lacan, J. *Seminario 8...* clase 26.

¹⁷ Lacan, J. *Seminario 5...* clase 27

¹⁸ Lacan, J. “*La significación del falo*” en Escritos II. obra cit. Pág. 665.

¹⁹ Lacan, J. “*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*”. En Escritos II. Pág. 531.

²⁰ Porge, E. *J Lacan, un psicoanalista*, Ed. Síntesis. Madrid. 2001. pág. 46.

²¹ Harari, R. “Un operar ‘terapéutico’...” Pág. 106.

²² Freud, S. “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” Obras completas. Amorrortu. Tomo 9. Un pormenorizado trabajo sobre tales enunciados se lo encuentra en Harari, R. *Fantasma: ¿fin del análisis?* Nueva Visión. Buenos Aires. 1990. en especial en los capítulos 7 a 10. Así como trabajamos la noción de síntoma “antes de Freud”, luego “desde Freud”, como ésta misma cita lo muestra, también es posible hacerlo “sirviéndose de Freud”, para lo cual es factible referirse a Harari, R. *¿Cómo se llama James Joyce? A partir de “El Sinthoma”, de Lacan*. Amorrortu. Buenos Aires. 1996. En especial Págs. 186—232.

²³ Nunberg, H. *Principios del psicoanálisis. Su aplicación a las neurosis*. Amorrortu. Buenos Aires. 1987. Pág. 319.

²⁴ Freud, S. “Conclusiones, ideas, problemas”. Obras completas. Amorrortu. Tomo 23. Notas del 12 de julio y del 3 de agosto.

²⁵ Lacan, J. *Seminario 10*. Clase 23.

²⁶ Tomado del argumento para el IV Congreso internacional de Convergencia, Movimiento Lacaniano por el psicoanálisis freudiano, Buenos Aires mayo del 2009.

²⁷ Lacan, J. *Seminario 25*. Clase 12. En esta línea es importante leer la dupla pulsión-inhibición de la clase 3