

CUARENTEÓRICOS 2020

(La enseñanza en los tiempos del Virus)

UNIDAD 2: FORMAS CLÁSICAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA

Primera Parte (puntos 1, 2 y 3) – a cargo de Marcelo Mazzuca (Prof. Adjunto)

PRESENTACIÓN

Queridos alumnos y alumnas, les doy por mi parte la bienvenida a esta cursada extraordinaria de Clínica de Adultos. A una temporada nueva (esta vez inédita, ¡y de película!) de nuestra enseñanza. Son momentos difíciles e inciertos para todos, por lo que iremos avanzando paso a paso junto a ustedes. Haremos lo que esté a nuestro alcance para poder llevar adelante de la manera más responsable y seria posible estos encuentros virtuales y textuales. Como dice Lacan, seremos “serios” en nuestra labor si logramos producir y sostener una “serie”.

Una serie que los desconectará por un rato de Netflix para introducirlos en nuestro *campus* (virtual y viral), el del lenguaje, del significante, de sus operaciones y sus efectos. Es la serie de los “Cuarenteóricos”, según la expresión neológica acuñada por nuestro profesor titular en su “textoclase” inaugural. Tal vez un lapsus (*linguae* o *calami*), quizás un chiste (“lapsus calculado que le gana de mano al inconsciente”, escribió alguna vez Lacan). En cualquier caso viene bien para indicar el camino: la palabra equívoca, el significante multívoco, el deseo contagioso. Es la vía de transmisión propia del virus analítico que intentaremos reproducir.

Intuyo que esta coyuntura va a imprimirle al dictado de las clases teóricas (y tal vez a nuestra enseñanza de la clínica en su conjunto) un condimento especial que la aleja un poco de la enseñanza presencial: mezcla de exposición teórica, reflexión clínica, puntuación de textos y guía de lectura. Una enunciación formateada por los tiempos del virus, que probablemente les resulte un poco vacilante, con un tono a mitad de camino entre lo escrito y lo oral, y que en el espacio de teóricos sostendremos a varias voces (la serie comenzó con Gabriel Lombardi, sigo yo y después vendrán Florencia Farías y Vanina Muraro). Veremos luego si ese obstáculo inicial se convierte o no en instrumento fecundo. Quizá logremos acentuar aún más los múltiples planos de la partitura que se pone en juego en la transmisión del psicoanálisis.

Lo que es seguro es que ustedes tendrán que aportar lo suyo, y de la manera más comprometida y creativa que puedan!

INTRODUCCIÓN

En esta segunda unidad del programa (que por su extensión dividiremos en dos partes) vamos a ocuparnos de la concepción psicoanalítica del *síntoma*, noción que ustedes han empezado a ubicar en la primera unidad temática a propósito de la definición lacaniana de la clínica psicoanalítica, con el acento puesto en la que para nosotros es su expresión más genuina: lo real que se torna “insoportable”, que fuerza una “implicación” más profunda y responsable para quien lo padece, y que porta una sutil pero fundamental “indicación de saber” para el clínico (sea este el analista o el propio paciente transformado en analizante)... la punta de un hilito del cual tirar para avanzar con esfuerzo en dirección del portal de entrada analítico.

Como indicó oportunamente el profesor Lombardi, el psicoanálisis no toma al síntoma como un mero trastorno (es el caso de la psiquiatría actual y de los manuales diagnósticos y estadísticos como el DSM) ni busca su eliminación rápida (es habitualmente el caso de las terapias breves, a veces tan excesivamente breves que no logran siquiera capturar ni una punta de lo que verdaderamente está en juego). El analista no encara al síntoma como simple entidad mórbida a combatir y eliminar. Por el contrario, se trata para Freud de tomar al síntoma como el más “digno oponente” y en ocasiones también como el mejor “aliado”. Es sin lugar a dudas la más importante de las entidades clínicas del psicoanálisis (tal es así que nuestra Materia Electiva *Usos del Síntoma* le dedica un cuatrimestre completo a su estudio¹), pues resulta indispensable a su práctica y a la elaboración teórica que surge de ella. Algo muy notorio en la obra de Freud, ustedes lo sabrán bien, quien lo utiliza desde el inicio de su práctica clínica como “brújula” del proceso terapéutico y lo ubica en el “núcleo” de su teoría de la defensa. También en la enseñanza de Lacan, quien llega a definir al síntoma nada más y nada menos que como el “campo de lo analizable”. El síntoma es el punto de partida de la clínica psicoanalítica.

Haremos entonces un recorrido por los tres primeros puntos de esta unidad temática (dedicados en este caso a las formas “clásicas” de presentación del síntoma), acompañando el desarrollo con su bibliografía específica e intentando articular nuestras reflexiones con otros espacios de trabajo de la cátedra. Voy a interponer una serie de títulos, subtítulos, puntos y numeraciones (cual si fuera un índice temático) para que puedan volver más cómodamente a cada uno de los apartados a la hora del repaso. Por eso, antes de empezar, un pequeño adelanto programático, una suerte de “trailer” de la serie por venir.

¹ Para quienes quieran profundizar un poco más en el tema, pueden ingresar al sitio web de “Usos del Síntoma” (www.usosdelsintoma.com.ar). Allí encontrarán información variada y una serie de artículos que suman referencias y detalles sobre el tema.

TRAILER

C1- El primero de los tres puntos o capítulos es el más conocido por ustedes (sabrán que el síntoma es protagonista en varias materias de nuestra carrera de psicología). La bibliografía de base es el clásico texto freudiano “Inhibición, síntoma y angustia” de 1926 (en este caso los cuatro primeros apartados). La idea es que puedan apelar a lo que ya conocen de *Psicoanálisis Freud* (acerca de esas nociones y sus definiciones) y de *Psicopatología* (sobre los criterios diagnósticos y sus distinciones nosológicas), para luego poder avanzar sobre la “función” específica que cumple el síntoma en la dirección de la cura. En otros términos, sobre los diversos modos en que analista y analizante hacen “uso” del síntoma.

A su vez conviene tener en cuenta que también trabajarán con los primeros capítulos de este clásico texto en las comisiones de prácticos. En las del sector de *Lectura de Casos*, a partir de una casuística tanto clásica como actual que les brindará una apoyatura más concreta a lo que podamos desarrollar aquí desde la perspectiva teórica. O en las del sector de *Psicoanálisis e Investigación*, al revisar lo que el método de investigación en psicoanálisis le debe a la exploración del camino de formación del síntoma y a su puesta a punto en la relación de transferencia. Vale la pena que articulen esas referencias con las que desplegaremos aquí (las encontrarán en la *Unidad 2* de cada uno de los respectivos programas).

C2- Nuestro segundo capítulo estará dedicado a ubicar la relación del síntoma con el campo del “saber”. Es un tema sumamente importante, que ya empezaron a trabajar a propósito del método freudiano de la interpretación y que encontrará una continuación en las unidades siguientes del programa. En este caso la bibliografía es menos conocida y un poco más difícil de seguir. No se trata de una obra escrita (esa era la habitual vía freudiana de transmisión de la clínica) sino de una enseñanza oral (como prefirió hacerlo Lacan). Más concretamente de una clase del *Seminario 12* (la del 5 de mayo de 1965), seminario dedicado a explorar y exponer los llamados “problemas cruciales del psicoanálisis”. Les hago notar que uno de esos “problemas cruciales” de la clínica psicoanalítica consiste en lograr que el síntoma (cuya naturaleza primaria es el goce y cuyo estatus social es ponerse en “cruz”, de entorpecer el buen curso de las cosas), lograr que el síntoma, decía, exprese toda su potencia analítica: la pujante división subjetiva que promueve (que Lacan anota \$, como recordó Lombardi en su clase inaugural) y la insistencia significativa de la cual se obtiene la pista de su relación con el saber inconsciente (que Lacan anota S2).

C3- Y el tercer capítulo de esta primera parte lo dedicaremos a ampliar un poco más las referencias sobre el concepto de angustia y su variabilidad clínica. Adelantemos que la angustia no aporta tanto a la elaboración clínica como lo hace el síntoma (su relación con el saber es prácticamente inexistente), pero que resulta igual de indispensable para la dirección de la cura. ¿Por qué? Porque es un afecto certero, porque señala el horizonte ético hacia el cual dirigirse y porque

puede resultar decisiva al momento de resolver el análisis de una neurosis (o una psicosis) librando al deseo de su habitual indefinición. En este caso el texto de base corresponde al profesor titular de la cátedra y su título (“Las tres versiones de la angustia”) es ya lo suficientemente indicativo de aquello que deberemos lograr distinguir: diferentes estatutos de la angustia en su relación con la inhibición, el síntoma y el acto. Verán que el texto es muy lindo, claro y contundente. Creo que podrán leerlo con relativa facilidad y que les resultará útil y atractivo.

Dicho esto, pasemos a desplegar los tres grandes capítulos!

CAPÍTULOS

Para introducirnos en la bibliografía obligatoria les propongo que apelemos al campo de las metáforas y las letras. Como les decía en la presentación, es uno de los recursos de la transmisión en psicoanálisis. Les sugiero utilizarlas en este caso como dos vectores de lectura, uno del lado de Freud y otro del lado de Lacan. A lo que agregaremos un tercer nivel de análisis un poco más general y ya no tan metafórico, también de Lacan. Tres herramientas o recursos que espero hagan fluir un poco más libremente las referencias teóricas que tenemos que capturar!

1- **El Campo de batalla:** Con buen o mal gusto hoy retornan las metáforas bélicas. Políticos y científicos no pueden dejar de hablar de “guerra”, como si el golpe de la Pandemia obligara a dar sentido a su costado insensato e inesperado. Recordemos que Freud hizo lo propio. Sabrán que este tipo de comparaciones son casi un *leitmotiv* a lo largo de su obra. La neurosis como un “campo de batalla”, más toda la terminología que da cuenta de eso: la teoría del conflicto y la resistencia, el ataque y la defensa, las heridas y los traumas, etc, etc, etc. Es lo que quedó esquematizado en su segunda tópica de lo psíquico (la lucha del Yo contra el trío dinámico: Ello, Súper Yo y Realidad Externa) distinción indispensable a tener en cuenta para seguir el texto de “Inhibición, síntoma y angustia”.

2- **El Deseo a la letra:** Lucha del Yo que a su vez se extiende en dirección del síntoma (el protagonista de nuestra unidad temática) y que termina por incluir al analista. Por lo tanto, se trata de interrogar al analista en sus vínculos con el síntoma en los diferentes planos de su accionar: cómo recibe a un paciente, cómo interroga su demanda, cómo se ejercita en el diagnóstico diferencial y cómo interpreta el síntoma una vez que ha entrado en el espacio de la transferencia. Para eso Lacan también recurrió a la guerra, más no tanto a sus metáforas como a sus conceptos, a sus referentes textuales. Es sabido que de la letra del *Manual de la guerra* de Karl von Clausewitz Lacan obtuvo la tripartición de la táctica, la estrategia y la política con la que describió la triple implicación del analista: de su palabra, de su persona y de su deseo. Son los términos de *La dirección de la cura y los principios de su poder*, escrito que ya han empezado a comentar aquí en

los teóricos y en alguna de las comisiones de prácticos, cuya máxima reza: “hay que seguir el deseo a la letra” (título de su quinto y último capítulo).

Para el analista en su acto, entonces, se trata de la lucha contra un “enemigo invisible” (como se escucha decir hoy) pero que sin embargo debe tornarse “audible”, es decir, pasar al registro de la escucha. Y para el analista en su elaboración clínica (operación segunda respecto de la práctica), se trata de sentarse en el banquillo para intentar dar razones, para explicarse y explicar a los colegas lo que ha sucedido y por qué.

3- **Real, Simbólico, Imaginario**: Por último, contamos con el principal recurso de Lacan, el que inauguró su enseñanza en 1953 y utilizó para definir la clínica en 1976: la distinción de los tres registros. Recuerden que la clínica es lo *real* insoportable, que su camino es la huella *simbólica* del saber inconsciente y que el conocimiento *imaginario* es lo que hay que repudiar, lo que hay que tratar de hacer a un costado cuando escuchamos a nuestros pacientes para poder realmente analizar. Son los principios que tiene que seguir el analista en su labor. Y aquí ya no se trata de metáforas ni de categorías conceptuales. Y si se traduce en letras (de hecho es así: RSI), es para designar la estructura (topología, si prefieren), aquello de lo que estamos hechos todos los seres humanos, sin excepciones. Por eso más que definirlos y comentarlos debemos utilizar esos registros, manipularlos, aplicarlos a la lectura de Freud, al entendimiento de la clínica y a la realidad que estamos viviendo. Ese ejercicio es fundamental, y ustedes ya tienen algún entrenamiento en eso. El virus, por ejemplo, es *real* (de eso no hay duda), su designación cotidiana proviene de lo *imaginario* (no es cierto que sea realmente “invisible”, lo es a los ojos humanos, pero no al microscopio, su imagen es la de una “corona” y de allí su nombre más general y engañoso), mientras que su nominación más certera y científica (COVID-19), tanto como las metáforas que sugiere (“enemigo invisible”) y los discursos que giran alrededor de él (“economía vs salud”) pertenecen al registro de lo *simbólico* y a las posiciones subjetivas que dependen de él.

Pues bien, con todo este arsenal de recursos tratemos ahora de sacarle jugo a cada uno de los textos que debemos estudiar.

C1- Sobre Inhibición, Síntoma y Angustia

Aquí hay dos grandes cuestiones a tener en cuenta. Vamos a tratarlas por separado (**A** y **B**) y a intentar destacar sus trazos gruesos. Luego ustedes podrán completar el trabajo yendo a los detalles más finos del texto y a lo que obtienen de las comisiones de prácticos. Empecemos por la primera, que a la vez es la que resulta más sencilla y conocida.

A- La primera cuestión consiste en interrogar cada una de estas tres entidades clínicas, que provienen de la medicina, desde la perspectiva de los conceptos y esquemas psicoanalíticos. Este es nuestro primer ejercicio, para el cual ya contamos con un buen instrumental. Tengan en cuenta que

este es un primer desafío para cualquier clínico. Lo es para nosotros y no lo era menos para Freud. El texto de “Inhibición, síntoma y angustia” es, en este sentido, un punto de llegada de un largo recorrido. No tienen que olvidar que hacer clínica implica entre sus premisas: identificar, distinguir, nombrar. En ese caso la operación de Freud va de la observación de los hechos clínicos a la elaboración de las nociones y conceptos. Trata de estabilizar el sentido de esas tres grandes categorías, aunque su referente principal sigue siendo el síntoma: la traducción más directa y real de una enfermedad (como recuerda por ejemplo Foucault en *El nacimiento de la clínica*). Esto queda claro desde el comienzo del texto: “Si no se nos presentaran casos de enfermedad acerca de los cuales es preciso decir que muestran sólo inhibiciones y ningún síntoma [dice por ejemplo Freud], difícilmente habría despertado en nosotros el interés por deslindar entre sí los conceptos de inhibición y de síntoma” (Freud, 1926, página 83). Y verán que para eso se vale, como ya hemos dicho, del ordenamiento propuesto en “El yo y el ello”, segunda tópica del aparato psíquico.

Vayamos en orden, tal cual figura en el título. Haremos una breve puntuación de cada una de las tres nociones.

1- La **inhibición** corresponde al terreno del Yo y no supone necesariamente un hecho patológico: “(yo) no puedo...”, hacer tal o cual cosa, dicen los pacientes. Más concretamente, se trata siempre de la limitación de una de sus funciones (sexual, de alimentación, del pensamiento, de la locomoción, etc). Esto quiere decir (pequeño agregado de nuestra parte) que además incluye al cuerpo y hasta cierto punto también la realidad. Algo que ya aprendimos con Lacan, se trata del registro de lo imaginario, ya sea del narcisismo corporal o de la imagen virtual, la que además se extiende hasta las fantasías.

Sobre este asunto no hay que engañarse, conviene poner rápidamente los puntos sobre las “íes”. La fantasía, igual que el sueño, es una realización de deseo: sí, por supuesto, pero una realización “imaginaria”, lo que al mismo tiempo quiere decir, estrictamente hablando, una “inhibición” del deseo. Se trata del registro de la imagen (real o virtual, según la designación de la óptica), de lo que detiene, obturara, limita, de lo que se i-rrealiza. La distinción lacaniana de los registros les permitirá apreciar un poco mejor la riqueza de lo que está en juego en las observaciones de Freud. Y es por este vínculo con las imágenes virtuales de la fantasías que la inhibición también puede tener raíces inconscientes. No se trata para nada de pensar que el inhibido es un individuo plenamente consciente y absolutamente advertido de su inhibición, al menos no necesariamente. Mucho menos de que tenga en su poder las claves que la motivan y la determinan. Y sin embargo se trata siempre del Yo. Conocí a un paciente, hace ya unos cuántos años, que desconocía casi por completo las inhibiciones de las que padecía, a pesar de que por entonces éstas habían llegado hasta los bordes de la depresión (“No hay nada más egocéntrico que un deprimido”, dice una muy linda canción de Ana Prada, cantautora uruguaya). Eran más bien los familiares

quienes lo advertían pero sin tener noticia alguna de aquello que las motivaba. Se trataba del duelo que estaba atravesando por la pérdida de su perra (el duelo es uno de esos varios casos considerados por Freud como inhibiciones no patológicas que dependen de un “empobrecimiento de la energía psíquica”), compañera de muchos años que había muerto un buen tiempo atrás. Ni los familiares ni el propio paciente lo habían advertido. Por eso la primera intervención en ese caso consistió en nombrar ese estado de inhibición y en identificar su causa desencadenante en el proceso del duelo, apelando siempre a los términos y al lenguaje del propio paciente, a que pudiera escuchar(se) más allá de lo que (se) veía.

Es también por eso que entre los ejemplos variados de inhibición que Freud aporta se incluyen aquellas que están fuertemente condicionadas por la actividad de las fantasías. Es por esa vía que puede, incluso, erogeneizarse el órgano o los órganos cuya función queda limitada o entorpecida. Y es por eso que Lacan agrega (en el último tramo de su enseñanza, y con el esquematismo del nudo borromeo como soporte de formalización) que en el caso de la inhibición se trata de un avance del registro de lo imaginario (del cuerpo) por sobre lo simbólico (el significante). Así la inhibición puede alcanzar el nivel del símbolo. Muy presente en las primeras historias clínicas de las pacientes de Freud, donde la función del yo-cuerpo entorpecida o limitada se convertía en símbolo de aquello que estaba más profundamente alterado. De esas historias clínicas (como por ejemplo la de *Elisabeth von R*, que ustedes estudian en las comisiones de prácticos de *Lectura de Casos*) pueden recoger ejemplos de este tipo de inhibiciones que por sus características se acercan a lo que puede terminar convirtiéndose en un síntoma. Pero no lo son, ¡punto importante!, porque el símbolo “conmemora” (como recuerda Freud) pero todavía no da “indicaciones” como sí lo hace el signo (distinciones semiológicas a las que volveremos más adelante con el texto de Lacan). “(Yo) no puedo... caminar”, o “no puedo permanecer parada”, decía *Elisabeth*. Un paciente puede perfectamente “hacer la vista gorda” ante esas señales de humo, las muestra pero no las vé.

2- El **síntoma** ya es algo distinto, cosa que Freud tenía bien en cuenta y que nosotros vamos a tratar de acentuar y desplegar. Se trata siempre del “indicio” (término que tenemos que retener) de un proceso patológico. Es por eso que desde el punto de vista de la descripción de los hechos una inhibición también podría ser un síntoma en la medida en que pase a funcionar como “índice” de una satisfacción pulsional “interceptada”, como dice Freud. Satisfacción molesta e inútil pero satisfacción al fin. Esto quiere decir que desde el punto de vista de los conceptos el síntoma no pertenece al ámbito del Yo (al menos no plenamente) sino del Ello. Ámbito que Freud califica (lo recordarán) como el “reservorio pulsional”. No es que el Yo no se involucre en el asunto. Suele hacerlo, sobre todo en el caso de la obsesión. “(Yo) soy una persona honestísima”, me decía hace poco un paciente, con ese raro giro expresivo y con una mueca bastante acentuada que aquí es

imposible reproducir. Lo hacía para auto afirmarse (Yo), pero lo que estaba en juego era un circuito pulsional (Ello) que incluía la amenaza de una fuerte auto crítica (Súper-Yo): era su forma de justificar la cantidad inmensa de tiempo que dedicaba diariamente a revisar el cuaderno en el que anotaba cada mínimo gasto que realizaba con la extensión de la tarjeta de crédito de su padre. Es por eso que el síntoma suele ser tan resistente y cuesta tanto removerlo. Dicho en términos de Lacan, su campo es el goce y de allí su fijesa (idea que ustedes van a encontrar en la bibliografía de *Lectura de Casos*, clases 8 y 9 del Seminario 10, y un poco más adelante en nuestro programa de teóricos).

Se trata de la vieja teoría de la represión, adaptada en este caso a la segunda forma de representar la tónica del aparato psíquico: el Yo entra en lucha contra el Ello a raíz de la señal de angustia. Allí tenemos el “campo de batalla”, el de la neurosis, que en el caso del análisis tiene que actualizarse en la transferencia e incluir al analista en la contienda. Esa lucha, dice por ejemplo Freud al comenzar el segundo apartado, “podemos ilustrarla por medio de un ejemplo tomado de otra esfera”. Un ejemplo que tiene toda su actualidad para nosotros y que nos permite empezar a destacar alguno de los “rodeos” implicados en los caminos de formación del síntoma: “Supongamos que en un Estado cierta camarilla quisiera defenderse de una medida cuya adopción respondiera a las inclinaciones de la masa. Entonces esa minoría se apodera de la prensa y por medio de ella trabaja la soberana «opinión pública» hasta conseguir que se intercepte la decisión planeada” (Freud, 88). Así se representaba Freud, con metáforas referidas al ámbito del conflicto social, la determinación inconsciente subyacente a la formación de síntoma. Están las personas (jurídicas en este caso) del *Estado* y la *Masa*, pero además la *Camarilla*. También está “la opinión pública” y el aparato de prensa para “manipularla”. Y sobre todo, cosa que para nuestra perspectiva es crucial, una “decisión interceptada”. Este es el aspecto que nos permite como analistas encontrar la perspectiva ética que nos corresponde. No se trata (cosa que también van a encontrar comentada por Freud en el segundo apartado del texto) de abrir un juicio desde afuera, desde una “realidad” pretendidamente objetiva, como si lo “normal” y “saludable” fuera lo mismo para todo el mundo. A nosotros, como a Freud, no nos interesa la “cosmovisión psicoanalítica” (Freud, 91) sino su práctica y su clínica. Agreguemos, pues, para completar todo lo que está en juego en los principios del poder de la cura, que aquella “opinión pública” a la que se refiere Freud es “soberana”. Retengan también ese término, porque en ese lugar Freud ubica el “principio de abstinencia” que trabajarán en la próxima unidad temática, principio regulador del analista en lo referente a su propia relación con el goce y la satisfacción.

Aquí hay una primera diferencia importante a retener: la inhibición atañe a la “función” y pertenece al Yo, el síntoma es una “formación” (de compromiso) y pertenece a la frontera del Yo con el Ello. Y en esa frontera, tal como sugiere la metáfora de Freud que acabamos de desplegar, se

manipulan otros recursos, un poco más elaborados (como lo es la “prensa” en el ejemplo de Freud), que muestran que en la formación del síntoma también puede participar el Súper-Yo. No hay que olvidar que el Súper-Yo “hunde sus raíces en el Ello”, que su enunciación es el “imperativo” (muchas veces silencioso, como en el caso de mi paciente) y que por lo tanto empuja las cosas hacia el goce aún cuando su enunciado sea el de una prohibición.

Para hacerse una idea más detallada de lo que implica en la clínica piensen en la casuística del obsesivo de la que ustedes ya disponen: el atolondrado Soldado Ernesto, por ejemplo, (más conocido como *El Hombre de las Ratas*) llega a consultar a Freud con una serie de síntomas que se extienden hasta los más tortuosos auto reproches, manifestación superyoica por excelencia, y todo el análisis demuestra que esa enorme parafernaria de recursos defensivos estaban al servicio de disimular y evitar un juicio más íntimo, una toma de decisión. Freud fue muy lúcido al respecto. Se dio perfectamente cuenta de que ese muchacho ultra inhibido de 28 años se enfermó *por y para* no decidir, exactamente al revés de lo que indicaba el juicio del Yo del paciente, quien pretendía hacer creer que no podía tomar decisiones por el hecho de estar enfermo.

Bien, con esto basta por el momento para tener una idea de la *noción* de síntoma. Volveremos sobre su *función* subjetiva en el apartado B y sobre su relación con la *cura* al leer la clase de Lacan.

3- La **angustia** también tiene su especificidad. Vamos a limitarnos a su descripción general, y dejaremos los detalles para el texto de Lombardi. En este caso lo primero que hay que subrayar es que se trata de un “afecto”. Eso la pone en un sitio y en una situación heterogénea respecto del síntoma y de la inhibición. La angustia no pertenece a ninguna de las instancias psíquicas. Ni al Yo, ni al Súper Yo, ni al Ello ni a la Realidad, aunque al mismo tiempo tiene vínculo con todas ellas. Este es un aspecto importante a retener en sus detalles. El Yo es quien registra ese afecto. Es también quien ocasionalmente puede almacenar en su memoria algo de su cualidad distintiva (Freud decía que el Yo es “el genuino almacigo“ de la angustia) y el que discrecionalmente puede transformarla y emitirla como señal de peligro (de lo que viene del Ello, de la Realidad Externa o del Súper Yo). Pero aún así la angustia lo supera, no reconoce ninguna de sus categorías cognoscitivas (ideas, objetos, representaciones, etc), y como afectación apunta mucho más al ser que al tener, a la existencia (real) que se escapa que a la consistencia (imaginaria) que lo deposita en la realidad. “Yo no sé por qué me angustié, pero sucedió cuando ella me miró”, decía otro de mis pacientes. Es por eso que como afecto no engaña, porque no está atado a la cadena significante de las representaciones y demás elementos discursivos como lo están la culpa (índice negativo del deseo), la vergüenza y el pudor (índice negativo de la satisfacción) o el amor (engañoso por excelencia).

En términos de Lacan, el afecto de angustia es consecuencia del avance del registro de lo real (“el afecto tipo de todo acontecimiento de lo real”) por sobre lo imaginario (es decir, el cuerpo). Y si “no es sin objeto” (aquí la doble negación indica lo que está en juego en la fórmula lacaniana), ese “objeto” no es especular, no aparece nunca en la realidad (ni en la imagen del cuerpo ni en la representación del Yo) más que como falta o como punto de fuga. Dicho de otro modo, no es de acá ni de allá, no está adentro ni afuera, está en los bordes. Y para eso Lacan inventó su neologismo, *éxtimo*, que quiere decir: a la vez “íntimo” y “exterior”. La angustia tiene múltiples presentaciones, puede incluso quedar “elidida” (es el término que utiliza Lacan en el seminario dedicado al tema) del plano de los fenómenos (es aparentemente lo que ocurrió en el desmayo de *Dora* que terminó en el pedido de tratamiento a Freud por parte de su padre), pero acompaña inevitablemente el desarrollo de nuestras vidas tanto como el soñar (ámbito en el que suele hacer su aparición, y en ocasiones produce el despertar).

En términos de Freud, se trata de un des-borde de lo psíquico, como decía en sus primeras investigaciones, por sobre el terreno del cuerpo y su fisiología. Allí el aparato psíquico no puede representar lo que está en juego, lo real del goce sexual. Pueden apelar para esto a lo que conocen de *Psicopatología*, a todo lo referido a la invención freudiana del síndrome de la *Neurosis de Angustia*. En especial a su síntoma principal, la “crisis de angustia” (hoy denominada “ataque de pánico” y bien de moda), pero también al resto de su semiología clínica: vértigo, mareos, insomnio, fobias comunes, hipersensibilidad, etc, etc, etc. Es muy importante tener en cuenta esos diez grupos sintomáticos a la hora de escuchar a un paciente neurasténico o hipocondríaco, porque podría suceder que su neurosis o su psicosis (respectivamente) no produzca más que esa “expresión afectiva del síntoma”, cuya intensidad puede ir desde el mínimo estrés hasta el estado panicoso, y cuya temporalidad puede ir desde el instante de angustia hasta el desarrollo imparable que no la frena sin medicación (los consultorios médicos y las guardias de los hospitales están llenos de estas consultas). Tengamos en cuenta, entonces, que la clínica diferencial del afecto de angustia es útil al analista, que su versión patológica la equipara con el síntoma, y que puede realmente convertirse en lo “imposible de soportar”.

B- La segunda cuestión consiste en interrogar la posición ética que adopta el analista ante el paciente que demanda tratamiento. Este otro eje de lectura tiene como verdadero protagonista al **Síntoma**. Mientras que los actores de reparto son la angustia y la inhibición, así como esas otras dos nociones clínicas que agrega Lacan al trío freudiano: el *acting out* y el pasaje al acto (que trabajará en los puntos restantes de esta unidad de teóricos y que reconocerán en algunos de los casos a trabajar en las comisiones de prácticos). Ya no es cuestión de distinguir con precisión quirúrgica cada una de las entidades clínicas entre sí. Se trata, primero, de atender a sus diversas

articulaciones, y segundo de preguntarse por la operación necesaria para convertir al síntoma en algo analizable. Empecemos por lo primero.

1- Para eso volveremos a tomar en consideración las herramientas de Lacan y el modo en que distribuye cada una de las nociones clínicas. Es lo que pueden encontrar en las clases del Seminario 10 que tenemos en nuestro programa. El esquema simplificado es algo así:

Inhibición		
	Síntoma	Pasaje al acto
	Acting out	Angustia

El punto a retener es que hay allí una lógica que vincula las distintas instancias clínicas y que a su vez sugiere la dirección que debería tomar la cura psicoanalítica. La angustia es el punto angular, mientras que las otras ocho categorías (de las cuales solo reproducimos cuatro) implican de un modo u otro una forma de tratamiento y de defensa contra la angustia: el *acting out* a través de la puesta en escena, el *pasaje al acto* por la vía de su caída, la *inhibición* por limitación de la función con la que puede entrar en relación, y el *síntoma* como división subjetiva. Pero a su vez, tal como Freud había advertido, hay una secuencia invisible en sus articulaciones. La neurosis la recorre en una dirección (de abajo hacia arriba y de derecha a izquierda) y el análisis lo hace en la dirección contraria (de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha). Dicho de otro modo, son los caminos de formación del síntoma y los caminos de análisis del síntoma. Algo que también se encuentra formalizado por Lacan en el llamado *Grafo del Deseo* (que ustedes probablemente recuerden de la cursada de *Psicopatología*), en los vectores ascendentes y descendentes que van desde el Yo y sus Ideales [i(a)—I(A)] hasta el síntoma [s(A)] y luego a la angustia [(S(A)] pasando por las fantasías [(\$<a)]. No importa tanto el recurso esquemático que utilicemos sino entender la lógica y la metodología que está en juego.

Esto implica para nosotros que el síntoma puede ser una defensa ante la angustia, y la inhibición una defensa contra el síntoma. Hay allí un encadenamiento, una lógica de problemas-soluciones. En otros términos, tenemos dos polos: el de la angustia (que lindera con el acto y la certeza) y el de la inhibición (que lindera con la inmovilidad y la dificultad). Y en el medio... el síntoma! El síntoma está en el *medio* y es el *medio* a través del cual el análisis puede establecerse y desarrollarse. Pero esto solo en la medida en que se lo haga intervenir (“intervenir en la conversación”, como decía Freud a propósito del dolor corporal de *Elisabeth von R* o de la perturbación intestinal del *Hombre de los Lobos*). Y para eso no hay más recurso que intervenir el discurso del paciente (interrogarlo, puntuarlo, cortarlo). Si eso no puja, si el síntoma no empuja, no

hay interpretación del analista que valga. Y de allí la segunda consideración, la que refiere más directamente a la operación del análisis y a la posición del analista.

2- Esta vez vamos a tratar de ir mas directamente al punto (subrayando solo lo esencial de los apartados III y IV del texto freudiano) para completar lo restante con la clase de Lacan. Comentaremos solo un primer aspecto de lo que está en juego en la operación analítica, que no es otra cosa que la “operación del síntoma” (como sostuvo Lacan en 1966, poquito tiempo después de la clase que tenemos para leer), en los dos sentidos de la expresión, objetiva y subjetiva: el síntoma es a la vez “objeto” e “instrumento” de la operación a realizar en un tratamiento analítico. Se opera *sobre* el síntoma y se opera *con* el síntoma. Por eso conviene que estos apartados III y IV los lean ya pensando en la posición y la actitud que debe adoptar el analista ante el campo de batalla en el que puede encontrar y atrapar al síntoma.

Se trata de un campo o terreno que Freud designa como “fronterizo”. No se trata del Yo ni del Ello sino de sus operaciones lógicas (en este caso discursivas) de conjunción y disyunción. ¿Y adivinen en que bando se tiene que ubicar preliminarmente el analista según la orientación propuesta por Freud?! Indudablemente del lado del Ello, “en alianza con la parte enferma”, podríamos decir, al revés de lo que propone la *Psicología del Yo* norteamericana. Apuntando al “Eso” (preguntando como Freud lo hacía a menudo y diciendo: ¿¿¿Y eso?!), señalando lo que al Yo resulta “ajeno” y “extraño” (expresiones recogidas todas del texto de Freud). Ahí tienen una primera clave para pensar la ética del psicoanálisis y la dirección de la cura imputada al analista. Detengámonos entonces un segundo para apreciar alguno de sus matices y aclarar posibles contradicciones.

No se trata de que el analista autorice a su paciente a gozar libremente ni que pretenda angustiarse. Tampoco implica que su Yo no intervenga para nada en los escenarios donde se disputa la batalla (como ya hemos mencionado, el analista también paga con su persona prestándose a los escenarios de la transferencia). Se trata más bien de interrogar aquello que entra en contradicción y que el Yo del paciente desconoce o prefiere disimular. En términos de Freud, de una operación que pone al descubierto la “extra-territorialidad” del síntoma y la situación conflictiva y contradictoria del propio paciente que lo trata como “huésped mal recibido”. Es el Yo mismo quien toma actitudes contradictorias respecto del síntoma. “La lucha defensiva secundaria contra el síntoma es variada en sus formas, se despliega en diferentes escenarios y se vale de múltiples medios”, dice Freud (III, 96). Por eso es importante que el analista pueda identificarlo, señalarlo y producirlo como elemento disruptivo y analizable. En términos de Lacan, la operación consiste en interpelar al paciente y rectificar la posición que adopta ante el síntoma que conoce (porque lo vive y lo sufre) pero que al mismo tiempo no reconoce. En hacer que su división subjetiva se exprese con mayor fuerza y nitidez, a punto tal que Eso ya no pueda desconocerse. El paciente es quien puede experimentar

todo esto como una contradicción y como una lucha voluntariosa por el poder. Pero para el analista se trata de escuchar sin comprender, y de introducirse en el campo del síntoma antes de encontrar la dirección que conviene a la cura.

En este sentido, el síntoma fue pensado y esquematizado por Lacan de dos maneras diferentes: avance del registro de lo *simbólico* por sobre lo *real*, o avance del registro de lo *real* por sobre el *simbólico* (otra vez el nudo borromeo). Esta otra aparente contradicción se disipa si insistimos en el punto de vista que estamos planteando en nuestra lectura. El terreno del síntoma es el de la intersección entre ambos registros, sitio en el que se encuentra el goce fálico (goce conjuntivo, copulativo, que lo une al deseo por intermedio de su significante Φ y lo anuda al cuerpo por medio de su objeto *a*), según el mismo esquema del nudo borromeo. Luego todo depende de hacia donde se dirija la cosa. Para el Yo y su neurosis, el síntoma viene de lo real y avanza hacia lo simbólico. Es el primer paso a realizar para hacer entrar al síntoma en el campo de lo analizable. Luego para el analista, se trata de “interpretarlo”, de utilizar el “equivoco” (“única arma contra el síntoma”, dice Lacan en 1973) para hacerlo retroceder hasta los límites de lo “incurable”.

Y para poder interpretarlo primero hay que darle forma analizable, hay que conseguir que se manifieste en su relación con lo inconsciente, como una de sus formaciones. Hay que ponerlo en forma significativa, según la indicación de Lacan, o capturar la “expresión efectiva” del síntoma, según los términos del apartado IV del texto de Freud. Es lo que encontramos ejemplificado con el caso de la fobia de *Hans*: “Se trata, como lo averiguamos tras escuchar más detenidamente, no de una angustia indeterminada frente al caballo, sino de una determinada expectativa angustiada: el caballo lo morderá” (Freud, 97). “El caballo me morderá... si le paso el dedo por ahí... por esa cosa negra que tiene sobre su boca...” etc, etc, etc. Allí tienen la puntita significativa que le empieza a dar sentido al síntoma y orientación al análisis.

Hasta aquí con el texto de Freud. Despejadas estas cuestiones preliminares, seguiremos ahora con el tema desde la clase del Seminario de Lacan.

C2- Sobre El síntoma como campo de lo analizable

Tal como adelantamos, esta clase de Lacan está casi completamente dedicada a pensar el modo en que el analista se ubica respecto del **saber** para dar lugar a la genuina función del síntoma: establecerse como campo de lo analizable. En este sentido, podemos considerarla una continuación del cuarto apartado de “Inhibición, síntoma y angustia”. Lo que Freud denominaba “expresión efectiva del síntoma” es equivalente a lo que Lacan llama “indicación de saber incluida en el síntoma”. Ambas señalan la puesta en relación del síntoma con el saber inconsciente. ¿De qué se trata? ¿Cómo ampliar y manejar sus referencias conceptuales? ¿Qué lugar tiene todo esto en la dirección de la cura? A esto se aboca Lacan en la clase del 5 de mayo de 1965. Y para poder leerla

según nuestros propósitos, vamos a destacar lo referente a la posición del analista (a lo que se requiere para afirmar “Yo soy psicoanalista”, como dice Lacan en el segundo párrafo de su clase), distinguiendo dos cuestiones diferentes aunque perfectamente articulables: su relación con el *Saber* y su vínculo con el *Deseo*. Empecemos por lo segundo, que en la clase de Lacan aparece primero.

1- Hablar del **campo del deseo** es, estrictamente hablando, referirse al campo freudiano. No hay experiencia analítica que no lo tome en cuenta. Esta es una de las primeras cosas que destacó Lacan y que tenemos que tener presente: fue Freud quien se introdujo en el campo del deseo inconsciente a través de sus formaciones (empezando por el relato de los sueños). Y fue Freud quien inventó un método para explorarlo (en los lapsus del discurso) y para liberarlo de sus ataduras (en la repetición de los síntomas): el método de la asociación libre y la interpretación que han estudiado en la primera unidad temática.

La referencia al deseo, entonces, no podría faltar en ningún caso en una práctica que se diga y se pretenda psicoanalítica, va de la mano del concepto de *inconsciente* y por ende debe ser especialmente considerado en su elaboración clínica. La cura analítica lo convoca, lo incita, lo despliega y lo interroga, lo constituye en su objeto y en su objetivo. “Opera sobre él”, agrega Lacan, sobre el “sujeto” y su “falta”. Recuerden que fue esa la propuesta que presentó Lacan allá por 1958 luego de reseñar y criticar las diferentes versiones de la cura que encontró expuestas por los analistas pos-freudianos. Algo que también ha destacado Lombardi en el texto de la primera unidad temática y en su clase o reunión por *Zoom* que pueden encontrar en el *Campus Virtual*. Nosotros mismos hemos evocado ya el aforismo que condensaba esa propuesta e identificaba sus medios: “hay que seguir el deseo a la letra” (quinto capítulo de *La dirección de la cura y los principios de su poder*, 1958). Definición aforística de la dirección de la cura de la cual hay que retener dos términos: el deseo y la letra.

Este aspecto es decisivo para nuestra materia y por eso lo antepone a la cuestión del saber. Notarán que también Lacan lo antepone en su clase, la que comienza exactamente en estos términos: “Ser psicoanalista es estar en *la posición más responsable* de todas, en tanto es a quien es confiada la operación de una *conversión ética radical*, que introduce al sujeto en el *orden del deseo*” (En este caso las itálicas de la cita son mías). Es una cita que me gusta mucho, que introduce muchos términos cruciales del psicoanálisis, y que a su vez recuerda lo ya planteado por Lacan en el Seminario sobre la *Ética* (Seminario 7, de 1959-60) acerca de la responsabilidad implicada en la práctica del psicoanálisis: solo se puede ser culpable, en términos analíticos [dice Lacan, palabras más palabras menos], si se cede o retrocede ante el deseo que habita en cada uno de nosotros. La expresión ahora utilizada por Lacan es preciosa y contundente: “conversión ética radical”. Acentúa el hecho de lo irreversible, de lo que no se hace a medias tintas sino decididamente, de lo que ya no tiene vuelta atrás. De una transformación o mutación del sujeto que lo deposita en otro lugar, “el

orden del deseo”, del cual ya no podrá desentenderse, y que no es meramente del orden del anhelo, la fantasía o la voluntad. Por el contrario, la relación al deseo es más bien problemática, tirante, con determinaciones múltiples y a la vez incierta, y con una fuerte causa pulsional que lo liga al cuerpo sexual y a la existencia mortal. Relación con el deseo que se realizará singularmente y en nombre propio [encontrará también estos términos en el primer tramo de la clase comentada] aunque nunca de manera total.

¿Esto qué implica para nosotros? Digámoslo llanamente: Que el analista es el responsable de dirigir la cura, pero que no dirige al paciente. Que el trabajo con el saber inconsciente es imprescindible en un análisis, pero que la clave no está exactamente allí. Que la propuesta analítica no es saber más y más (mucho menos saberlo “todo”), sino modificar el padecimiento y el estado de insatisfacción propio del síntoma. Y que el remedio para eso (vacuna no hay) es el deseo. Esto quiere decir que descifrar el saber inconsciente es necesario pero no suficiente. Que el psicoanalista apunta al deseo (a su objeto, a su instrumento, a su causa) y en el camino se encuentra con el saber (con los significantes en los que está articulado, aún cuando no sea articulable en primera persona). Que entonces deberá hacer uso del saber del que dispone (y también del que le suponen), pero para finalmente llegar al punto de marcar sus limitaciones, para lograr que el analizante mismo experimente sus límites.

Es lo que van a encontrar en el otro extremo de la clase de Lacan [busquen en el párrafo final] Es a esos límites a los que se refiere Lacan al afirmar que “es de lo real y de su estatuto de lo que se trata en la operación analítica”, y cuando aclara a continuación que dicho real se atrapa lógicamente como “campo de lo imposible”. Esa referencia a lo imposible que ya nos empieza a resultar familiar, y que alcanza el registro del “pathos” al pasar del método de la interpretación al método clínico: “lo real como imposible de soportar”. Eso tiene un nombre y una letra en el álgebra lacaniana, en la lógica de la que se soporta su enseñanza: objeto pequeño otro (*a*). A él también se refiere Lacan promediando su clase al insistir en la pregunta por la operación del análisis y la posición del analista: “Es un *efecto de resto* el que podemos operar, pero donde resta saber en qué posición es necesario que nos mantengamos, para poder operar allí correctamente” [las itálicas son mías].

En términos más llanos: el psicoanálisis no aspira a una cura ideal sino a curarse de lo ideal (Hay una frase muy linda de Freud que se refiere a esto: transformar la miseria neurótica o psicótica en miseria común). Y el querer “saberlo todo” (fantasía de deseo típica del obsesivo) podría ser una de sus manifestaciones más poderosas. Por eso podemos volver al *Hombre Rata* para ilustrar lo que quisimos destacar como marco necesario para abordar el tema del saber. El Soldado Ernesto no se cura tanto por lo que logró saber (sobre la cadena de palabras que determinaban el conjunto de sus inhibiciones, síntomas y angustias) sino por advertir que dicho saber “ratero” (ratten, erraten,

heiratten, spielratten) no cumplía más que la función de eximirlo cobardemente de la decisión que debía tomar en el “orden del deseo”: el que surge del vínculo de sus progenitores y el suyo propio, que nunca es del todo propio o apropiable. Y así como el joven Ernesto no se curó por saber sino por decidir (se casó con Gisela y se fue a la guerra), la joven Elisabeth no se curó por recordar ni por recordar. La catarsis la sanó pero no la curó. Para curarse tuvo que soltar la imagen ideal de su amor prohibido (la fantasía de deseo que la ligaba a uno de sus cuñados) para decidirse por el hombre con el que finalmente y libremente eligió formar pareja. No sabemos cómo le fue, pero ese es otro cantar. El asunto es que la operación del análisis exige responder ante las coordenadas singulares del deseo.

Pasemos entonces a la segunda cuestión.

2- En cuanto al **campo del saber**, deberemos hacer primero algunas distinciones operativas para luego avanzar en dirección del síntoma (de su puesta en forma y su posible entrada en análisis) y de lo que el analista hace con él.

Lo primero que hay que distinguir es el *conocimiento* del *saber*. Esto no está en primer plano en la clase de Lacan que estamos comentando pero todo su desarrollo lo implica. Es algo que el profesor Lombardi ya planteó en su primera clase. Más aún, *Conocimiento vs Saber*, porque son dos cosas tan distintas que inciden de manera prácticamente opuesta en la experiencia del análisis. Uno conduce a la comprensión y otro al entendimiento. Pensémoslo de este modo: mientras que lo que se produce y obtiene como *conocimiento* tiene que ver siempre con la “información” (ya sea que se la obtenga de manera directa al consultar al otro, al observar al mundo, al consultar en Google o en los libros), lo que se produce y establece como *saber* tiene que ver con la “formación” (particularmente las del inconsciente en el caso del psicoanálisis, pero también con las “fórmulas” en el caso de las formalizaciones de la lógica matemática). Esto quiere decir que en todos los casos se trata del significante, más concretamente de la cadena del significante. Este es un punto sobre el cual Lacan insiste mucho. “Un saber es verdaderamente un cuerpo de significantes y absolutamente no otra cosa”, dice de manera tajante en esta misma clase. Y si es importante distinguir una cosa de otra es porque el conocimiento tiende a ser engañoso, tremendamente engañoso incluso, y por eso Lacan lo pone a cuenta del registro de lo imaginario. ¡Llega a decir que hay que “repudiarlo”! (recuerden la definición de la clínica). Se trata del imaginario especular, del narcisismo, ya sea que se intente conocer al otro, al cuerpo, a tal o cual aspecto de la realidad que nos rodea, o incluso de conocerse a sí mismo. Es por eso que, estrictamente hablando, no hay autoanálisis. Y también se trata del imaginario virtual, de las fantasías e incluso del soñar, del escenario de los sueños. Piensen en los pacientes miedosos (desde las fobias u obsesiones más leves hasta la hipocondría mas grave), que buscan información en Internet para evacuar las dudas que los preocupan o los atormentan. O que “interpretan” (entiéndase “comprenden”) sus propios sueños sin pasar por el derrotero de las

asociaciones. Tengo más de un paciente que trae a las sesiones el sueño más la interpretación (él no entiende para qué me paga si puede hacer todo el trabajo solo). Buscar información en Google no suele resolver el problema, y en muchos casos lo agrava, incrementa los temores, estimula los fantasmas y no aporta nada que permita producir un cambio subjetivo. En definitiva, digamos: el conocimiento implica una ocultación y una degradación del saber.

Veán entonces que el saber se trata de otra cosa, pertenece al registro de lo simbólico y su fundamento no es otro que el significante. Se produce en el análisis cuando el paciente pifia, cuando dice más de lo que quiere decir. Es cierto que hay a su vez diversos estados del significante y diferentes estatutos del saber, y que por lo tanto su función puede variar. De allí una segunda serie de distinciones. Por ejemplo, no es lo mismo el saber de las ciencias (las ciencias “duras” decimos a veces), donde el significante se transpone en letra y en fórmula (lo que permite aspirar a una transmisión “integral” como en la matemática), que el saber inconsciente que se pone en juego en un análisis, que pivotea entre el saber “supuesto” (inicialmente al analista) y el significante equívoco que se abre hacia el sentido o se fija en la letra (su soporte material). Tampoco es el mismo el estatuto del saber en un lazo social como el nuestro, el universitario, cosa que ahora se acentúa todavía un poco más al no contar con la presencia y el encuentro de los cuerpos. En ese caso el saber ocupa el lugar del “mando” y se supone que se lo puede “poseer” y “exponer” (¡al menos es lo que nos exigen a lo profesores!). En fin, el tema da para mucho. Lacan dedicó todo un seminario a estos asuntos (unos años después, es el número 17) en el que desplegó las diferentes aristas del saber en razón de cada uno de los discursos o lazos sociales: del Amo, del Universitario, de la Histórica, de la Ciencia, del Analista y del Capitalista (El profesor Lombardi comentó algunos de esos discursos y sus fórmulas en la clase por Zoom la semana pasada, en especial el discurso del analista). No nos toca a nosotros hacer su inventario pero sí captar el meollo de lo que está en juego para el analizante (inicialmente el paciente) y para el analista.

Veámoslo con otra cita de la clase de Lacan. La encuentran promediando la clase y dice así: *“El psicoanalista es llamado a esa situación, como siendo el sujeto supuesto saber”* [itálicas mías]. Este es el punto de partida, la versión más imaginaria y engañosa del asunto. *“Lo que él tiene que saber [continúa Lacan] no es saber de clasificación, no es saber de lo general, no es saber de silogismo”* [itálicas mías]. Aquí tenemos condensado lo esencial. El psicoanalista no solo tiene que apartarse del conocimiento, sino que además tiene que limitar al mínimo el uso del saber clasificatorio. Puede tener una utilidad para la formulación de una hipótesis diagnóstica, pero no será el que sostenga la operación propiamente analítica. Puede ayudar a identificar el tipo “particular” de síntoma (histórico, obsesivo, paranoico) pero no aportará absolutamente nada del sentido que adquiere ese síntoma para ese paciente “singular”.

Hasta aquí la segunda distinción, dentro del mismo ámbito del saber y de lo que sucede en el análisis. La cita se completa de esta manera: “Lo que él tiene que saber es definido por un *sujeto* que es llevado en *nuestra operación* a lo que se articula en el *Yo no sabía*”. De aquí vamos a hacer surgir nosotros la tercera de las distinciones. No la van a encontrar en la clase pero está implícita [tengan en cuenta que siempre es difícil seleccionar y leer una clase suelta de un Seminario de Lacan].

Se trata del plano de la **verdad**, a distinguir entonces tanto del conocimiento como del saber. Ella se sitúa, por así decir, entre uno y otro. Son referencias que trabajarán con más detalle en la cuarta unidad del programa y que aquí alcanza con mencionar. La *verdad* siempre tiene algo de ficción, nunca se puede decir más que a medias y por eso el Yo no puede sostenerla sin al mismo tiempo mentir. Eso se puede ilustrar con la paradoja, como tantas veces hizo Lacan. “Yo miento”: ¿miente o dice la verdad? En cualquier caso, basta para nosotros con dejar indicado que el enunciado “Yo no sabía” (al que se refiere Lacan en su cita) es mentiroso, o al menos parcialmente cierto. Y que de lo que se trata es de introducir al paciente en esa otra escena freudiana que es la del deseo y sus verdades, enunciables pero a medias, parciales y ficcionales, pero que animan y sostienen sus producciones sintomáticas (piensen en las sucesivas medias verdades desplegadas en el análisis de *Dora*). Verdad que queda prácticamente forcluída en el discurso científico (o reducida a operaciones lógicas), pues su medio no es otro que el de la palabra. Como dice jocosamente Lacan cuando la personifica: “Yo, la verdad, hablo... pero no digo la verdad”.

Y aquí llegamos a la operación del síntoma y a los diferentes planos de lo que está en juego. Es lo último a destacar de esta clase de Lacan. Lo haremos con una última distinción, un poco más precisa, interna al campo del lenguaje, y que de alguna manera ya hemos introducido al comentar el texto de Freud. Se trata de la diferencia entre el **signo** (también índice o señal) y el **significante**. Probablemente ya sepan que Lacan insiste mucho en esto. Mientras que el *signo* se despliega en una comunicación unívoca y lineal por ser “lo que representa algo para alguien”, el *significante* interpone un muro en esa comunicación entre individuos al ser su función la de “representar a un sujeto”, no para otro sujeto sino “para otro significante”. Esto no implica que el signo no importe al analista. Importa y mucho, ya que es el punto de partida de su operación, y en cierto sentido también el punto de llegada. Eso quiere decir que en el análisis el signo inicial (referido al síntoma, por ejemplo) se abre hacia el significante y sus encadenamientos sucesivos. Piensen en el ejemplo clásico, que Lacan reproduce en su clase: “no hay humo sin fuego”. A veces Lacan se divierte diciendo que el humo podría ser el signo de un fumador, es decir, de un goce pulsional, de un sujeto del goce. Es lo que se encuentra en uno de los pasajes del análisis de *Dora*, allí donde la paciente alucina tras el sueño del incendio un olor a humo al momento de despertar, evocando o invocando al padre y al propio Freud (ambos fumadores), pero también al pequeño goce de la “pitada”.

El punto a retener, entonces, es que para entrar en el campo analítico se requiere de la llave significativa, de sus equívocos y de sus rodeos. Algo que resulta más claro para el caso del lapsus. Allí es más evidente que la palabra fallida es un significativo que representa al sujeto más allá del Yo (“Yo no lo dije”, “Yo no sabía”) para otro u otros significantes del discurso. Por ejemplo, “hombre impotente” en lugar de “hombre potente” (otra vez Dora). Pero no es tan evidente en el caso de un síntoma, por ejemplo de un síntoma conversivo. Y sin embargo es esa la “estructura del síntoma”, tal como se expresa Lacan. Lo encuentran en la clase justo antes de desplegar la serie de los ejemplos freudianos, empezando por el de *Dora*. Primero se refiere a la afonía y luego a la tos. “La afonía de Dora no es reconocible por representar al sujeto Dora más que por relación a ese significativo [dice Lacan], la afonía representa a *Dora* no enteramente para con la señora K, con quien habla hasta demasiado abundantemente”. Ustedes ya saben por *Psicopatología* que lo que está en juego en ese síntoma es el conjunto de significantes y significaciones en el que se pretende resolver el inquietante enigma de la feminidad”. Y otro tanto sucede con la tos. En esos casos, el síntoma es claramente lo significativo (y por lo tanto el campo de lo analizable), aún cuando en ese primer estado el significativo no signifique nada. Es que es así! No significa nada pero representa a un sujeto en el punto de su surgimiento.

A eso le siguen los ejemplos del *Hombre Rata* y de *Juanito*, que creo pueden leer solos sin mayores dificultades. Luego concluye: “El síntoma, sería necesario definirlo como algo que se señala [un signo, agregamos nosotros], como un sujeto que sabe que eso le concierne, pero que no sabe lo que es”. En esta frase encontramos condensado lo que interesa producir en la fase preliminar al análisis para que el síntoma se torne analizable. Y en eso el analista también tiene su parte. También está implicado en la operación del síntoma y su función es decisiva y capital. Así lo dice Lacan: “Es evidente que el psicoanalista se introduce en primer lugar como *sujeto supuesto saber*, es él mismo quien *recibe y soporta el estatuto del síntoma*”. Eso no quiere decir que el analista sepa acerca de ese síntoma (la tos o la afonía de *Dora*, por ejemplo). “Un sujeto es psicoanalista, no sabio”, agrega Lacan. Quiere decir que es por la presencia del analista (su silencio, su escucha, su manera de preguntar más lo poco que dice, más bien a medias tintas) que el significativo del síntoma “acepta” desplegarse en la asociación libre. ¡El significativo del síntoma es quien acepta, no el Yo del paciente!

Con esto ya bordeamos lo que tendrán que trabajar más adelante a propósito de las versiones y definiciones del concepto de transferencia. Nos detenemos aquí entonces. Finalicemos el comentario de este segundo texto seleccionando una última cita que resume el mensaje de esta clase de Lacan: “La *categoría del saber*, es allí que yace lo que nos permitió distinguir radicalmente, la *función del síntoma*, si tanto es que al síntoma pudiéramos darle su estatuto como definiendo *el*

campo analizable. Es que hay siempre en el síntoma la indicación que él es cuestión de saber” [itálicas mías].

Pasemos entonces al tercer y último texto de nuestra bibliografía obligatoria.

C3- Sobre Las modalidades actuales de la angustia

Este tercer texto no requiere de mucho comentario porque prácticamente se comenta solo. Al mismo tiempo excede un poco lo que nos toca trabajar en los puntos iniciales de esta unidad temática, que están mas bien referidos a la noción de síntoma: a sus formas clásicas y a su función en el análisis. Por eso es un texto al cual convendrá que regresen al avanzar con los puntos 4 y 5 de esta segunda unidad, y especialmente cuando trabajen con el punto 2 de la unidad 4 referido a la noción de “trauma”.

Por ahora nos alcanza con indicar sus coordenadas principales, destacando su articulación con la bibliografía de Freud y Lacan que hemos trabajado con un poco más de dedicación y detalle. Para eso vamos a dividir el comentario en dos partes. Primero buscaremos los nexos de la angustia con la noción de síntoma [A] y luego intentaremos apresar algo de su casuística [B].

A- Lo que me interesa marcar primero tiene que ver con la **dimensión ética**. Creo que es algo que está presente en todo el desarrollo del texto, de manera más explícita o más lateral, y que es importante destacar. Es a mi entender la clave de lectura con la que el profesor Lombardi interroga una serie heterogénea de autores que han abordado la decisiva temática de la angustia, para finalmente reunir las referencias en función de la experiencia analítica (de las indicaciones de Freud y de Lacan) distinguiendo tres grandes versiones. Y es al mismo tiempo un eje fundamental para entender la cursada de la materia en su conjunto, porque señala el valor que le damos los psicoanalistas a la experiencia de la angustia en relación a dos coordenadas centrales: una tiene que ver con la clínica en general (lo real) y la otra con la finalidad de la cura en particular (el acto).

Tienen que tener en cuenta que la mayoría de las otras opciones terapéuticas (por no decir todas) desestiman el afecto de la angustia, lo combaten como algo inservible o lo encasillan en clasificaciones de moda como el ataque de pánico. En cambio nosotros, hemos podido acentuar ya que la angustia implica importantes coordenadas subjetivas que delimitan un umbral, un borde corporal o espacial: entre lo humano y lo animal (es un afecto que Freud le supone también a ciertas clases de animales), entre lo exterior y lo interior (recordemos su neologismo, “*éxtimo*”) o entre el nivel del goce y del deseo. Agreguemos ahora que también sitúa una temporalidad limítrofe, una suerte de *impasse*, en el sentido del tiempo de espera. Ese movimiento que ancla en el cuerpo proviene de lo real (una irrupción del goce sexual, por ejemplo) pero va hacia el acto (en el que está implicado necesariamente el deseo, del sujeto y del Otro). Que vaya hacia el acto no quiere decir que necesariamente lo realice, sino que apunta a él.

Apoyo esta primera reflexión con una primera cita tomada del inicio del texto de Lombardi: “La angustia señala allí la oportunidad de la acción, situando al ser hablante ante una puerta, que es *la puerta del acto*” [página 4, itálicas mías]. Esa es la palabra clave y la metáfora que tienen que retener. La “puerta del acto”, puerta giratoria, ¡ojo!, ya que puede devolver al paciente o analizante en la dirección en la que venía, pero puerta al fin. Hacia allí se dirige un análisis tal y como lo pensamos los psicoanalistas que enseñamos en esta cátedra.

Si prestaron atención al cuadro lacaniano de doble entrada con el que ordenamos las categorías freudianas en nuestro primer capítulo (cuadro obtenido del Seminario 10, *La Angustia*, de 1962), habrán notado que el acto “brilla por su ausencia”. Una manera metafórica y popular de indicar la presencia y la relevancia de lo que sin embargo no se vé. Lacan dedica luego un seminario entero a construir su noción de acto (es el Seminario 15, *El Acto Psicoanalítico*, de 1967), pero el estudio de la angustia ya lo implica y lo distribuye en sus dos formas atenuadas o degradadas: el *acting* o el pasaje al acto. Algo cuyo antecedente van a encontrar en el escrito de *La dirección de la cura y los principios de su poder* (de 1958) bajo la expresión “acción humana” o “acción simbólica”. Noción de acto que desplegarán con más detalle en los tramos finales de nuestro programa de teóricos, pero es importante advertir que la angustia es su traducción subjetiva.

Luego sigue la cuestión de su relación o relaciones con la noción más general del síntoma y con el campo de lo analizable en un sentido más preciso. Tomemos una segunda cita que encontrarán promediando el texto: “El síntoma es entonces *la nueva bitácora*, bien diferente de la angustia, no señala ningún pasaje decisivo e irreversible al acto, más bien una vacilación, un ir y venir, una coexistencia de opciones contradictorias que implican un desgarramiento sin pérdida, división en lugar de opción” [página 6, itálicas mías]. Una descripción más rica en detalles clínicos de aquello que Freud denomina “solución de compromiso”. Freud con sus metáforas bélicas, Lombardi con las suyas, digamos, edilicias y náuticas. La “bitácora” es un sitio del barco donde se suele poner la brújula, pero también es un lugar de registro donde se toma nota de lo que se hace y se despliega lógicamente. Por eso el síntoma puede ser algo más que conflicto o desgarramiento subjetivo. De ahí la continuación de la cita: “La única ventaja del síntoma como brújula, de la que saca provecho el trabajo analítico, es que su estructura puede desplegarse ampliamente en lo simbólico hasta finalmente proporcionar, al término de la elaboración analítica, un pasaje de lo simbólico a lo real. Entre la puerta imaginaria de la entrada en el análisis y la otra puerta, real, de su salida, el entramado analítico del síntoma interpone la estructura de lo simbólico, la elaboración por las sendas perdidas del inconsciente, la exploración de sus aporías, hasta alcanzar la solución de lo imposible: no hay más que el acto para salir de veras” [las itálicas siguen siendo siempre mías]. Aquí la cita lo dice prácticamente todo, no hay mucho más que agregar.

Finalmente destaquemos lo que tiene que ver con la operación del análisis en su conjunto, en esa secuencia lógica que va de lo imaginario a lo simbólico y de lo simbólico a lo real. Podemos ir directamente a una última cita que encontrarán sobre del final del texto: “*El psicoanálisis es entonces una angustia subjetivada*, una angustia que se elabora mediante sus equivalentes indecisos; una angustia de transferencia, un tiempo de elaboración entre angustia y síntoma, entre síntoma y acto” [página 8]. Contundente. Agreguemos nosotros que de la experiencia de la angustia se aprende, que es importante transitar esa experiencia. Y no solo en un análisis. La angustia es el afecto que nos liga a la existencia, desde muy pequeños. Y si se acompaña al angustiado, sea el niño o el paciente, sin quedar uno mismo paralizado por la propia angustia, es altamente probable que de ella se saque algún provecho. Y de ello hay testimonio en la obra de Freud.

Pasemos entonces a la última parte.

B- Respecto de **la casuística** con la que pueden apoyarse estos desarrollos seremos mucho más breves aún. Ustedes cuentan con las actividades de trabajos prácticos para apreciar mejor (y con variados ejemplos) hasta qué punto se trata, en la tarea de construcción del caso, de un genuino “método clínico”. Simplemente recordemos que lo que llamamos “caso clínico” en psicoanálisis no es equivalente al tratamiento llevado a cabo con tal o cual paciente, sino que implica toda una elaboración secundaria que permite extraer de él su lógica. Es el analista intentando dar razones de su acto. En ese sentido, el *caso* en psicoanálisis va más allá de su función habitual de “ilustrar la teoría” (como ocurre con las hoy llamadas “viñetas clínicas”). Algo muy notorio en Freud y Lacan, quienes tomaron los casos como “paradigmas” con los que se abre camino la exploración de alguno de esos problemas cruciales de la clínica psicoanalítica.

Y aquí nos topamos con una curiosidad. Tanto el texto de Freud (con bastante más énfasis) como la clase de Lacan (un poco más lateralmente) apelan al caso de un niño para pensar la relación entre la angustia y el síntoma. Se trata del conocido caso del pequeño Hans. Parece un contrasentido para nosotros, que nos dedicamos a la clínica de adultos. Pero no lo es tanto, porque ante la angustia se pierde la edad, y porque el síntoma (no “los” síntomas plurales, sino lo que Freud y Lacan llamaban “síntoma principal”) se configura en la infancia y algo de él permanece incólume durante toda la vida.

En cualquier caso, verán que Freud toma la fobia de Juanito en el apartado IV de *Inhibición, síntoma y angustia* para desplegar con el examen de un caso lo que primero planteó conceptualmente. Más concretamente, su historia de angustia, que es la neurosis típica de la infancia, pero que también la encontramos con frecuencia (mucho más frecuencia incluso de la que se suele admitir, habitualmente en pacientes varones) en los casos de adultos. La historia de angustia de *Hans* le permite a Freud mostrar de una manera límpida y desplegada en etapas la articulación de la angustia con el síntoma y con la inhibición. Pero sobre todo le sirve para sostener la pregunta que

clínica y éticamente nos convoca a nosotros en esta segunda unidad temática del programa: ¿cuál es el síntoma? (¿el desarrollo mismo de angustia, el miedo a los caballos o el conjunto de los parapetos de la fobia?, se pregunta Freud), ¿dónde encontrar su “expresión efectiva”?, ¿cómo transformarlo en campo de lo analizable?

La respuesta de Freud ustedes ya la conocen. Lo que ya justifica hablar de síntoma en ese pequeñín de apenas 5 años es la operación metafórica de sustitución de las representaciones ligadas al caballo, empezando por la figura del padre. Y el principio de la metáfora, agreguemos nosotros con Lacan, está en el funcionamiento del significante. Prueba de que el caballo es algo más que un objeto es, por ejemplo, que Juanito imagine y tema que puede meterse por la ventana. Significante que en este caso particular (y ese es el rasgo distintivo que hace de la Histeria de Angustia un caso paradigmático, apuntemos esto) abarca prácticamente todo el conjunto de su realidad psíquica: el caballo representa al padre, pero también a la madre embarazada, a la madre demasiado presente, a la situación del parto, etc, etc, etc. Lacan lo dice a su modo en la clase que comentamos: “Tomen al pequeño Hans, la extravagante historia de la partida de Gmünden, la gobernanta y el trineo, como dice Freud. Puedo hablarles así: *el significante vale para el significante, la única persona que no lo sabe es el sujeto, el pequeño Hans*. La función significante está allí, una más gruesa molécula, es una gruesa fábula a la cual se libra el pequeño Hans” [itálica mías]. Lo que Lacan no explicita en esa clase pero podemos agregar nosotros, es que Freud intervino en esa configuración de las cosas a título de “sujeto supuesto saber”. Tal vez recuerden el efecto que tuvo la única visita que padre y niño hicieron a Freud. Juanito salió del consultorio diciendo con ironía: “¿cómo es que el profesor sabe todo eso? ¿es que habla con el buen Dios”.

En resumidas cuentas, el caballo es la referencia significante que instituye al síntoma como campo mismo de lo analizable, pero solo en la medida en que tanto el padre como Freud dan rienda suelta a las asociaciones del niño. Al rededor de él gravitan todos sus sentidos y significaciones. Incluso representa, hasta donde eso es representable, al órgano cuyo goce está en la etiología misma de su angustia. No el hace-pipí, que es su versión imaginaria y figurada, sino lo que Lacan llama “pene real”. Es por eso que esas fobias suelen funcionar como “placa giratoria” (lo deben recordar de *Psicopatología*). Pero no solamente en el sentido de girar de una a otra de las estructuras clínicas (histeria, obsesión, perversión), es decir, de los tipos de síntomas. Además puede hacer girar la posición subjetiva hasta ubicarla de cara al acto. Y eso es lo que uno puede apreciar al reconsiderar el caso *Hans* (que ya no es solo el tratamiento de Juanito) a partir de las categorías de Lacan.

Tenemos allí las tres versiones de la angustia analíticamente establecidas por Gabriel Lombardi. En el punto de su primera emergencia, el goce del órgano, del pene real: la angustia automática (la angustia sin derivación psíquica). Una vez que actúa la defensa y se produce la sustitución significante: la angustia neurótica (degradación de la angustia en miedo). Y en tercer

lugar, la angustia vinculada al hecho de perder algo para ganar otro tanto. La angustia realista, “afecto de lo real”, la angustia como “modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad”, al decir de Lombardi [página 4]. Esta última versión es la que le permite a *Hans* poder elegir. Lo hace primero de pequeño, siendo aún Juanito, cuando resuelve su complejo de castración con la chistosa y creativa propuesta hacia el padre amado: “yo me quedo con mi madre y vos con la tuya”. Parece un acto jocoso de *Les Luthiers*. Chau síntoma, chau angustia, y chau recuerdo del análisis con Freud (tal vez sepan que Hans de adolescente leyó su propio historial clínico y prácticamente no se reconoció en él). Pero también elige tiempo más tarde, siendo ya Juan o Juanote (en rigor de verdad, Herbert Graff), con aún más creatividad, seriedad e inventiva: siguiendo las vías del nombre del padre (que además de discípulo de Freud era un reconocido musicólogo y amante de la ópera) logra crear una profesión hasta el momento inexistente, la de director de escena de Ópera. En sus propios términos: llega a ser en su profesión “el hombre invisible”.

La experiencia de la angustia condujo a Juanito por la senda del arte hacia la creación humorística y la invención vocacional, dos prototipos de actos socialmente admisibles. Angustia realista o afecto de lo real, uno de cuyos aspectos más certeros es el paso del tiempo, la castración real, la finitud de la vida. Esa finitud que se percibe mejor cuando el riesgo de la muerte merodea, como en estos momentos del virus. Juan retuvo poco del saber descifrado y asociado a su síntoma. Pero logró *equivocar al caballo*, consiguió “*equinocarlo*” lo suficiente (agreguemos nosotros) como para llevar al significante del síntoma hasta el punto en que se invierte en efectos de creación. Exactamente como sucede con el chiste (lapsus calculado que le gana de mano al inconsciente, como dijimos al comienzo de esta clase), la más social y contagiosa de las formaciones del inconsciente.

Y a propósito de esto, permítanme concluir con un pequeño homenaje, ya que justo hoy, 22 de abril de 2020, el chiste está de luto (¡tremenda paradoja!). Se fue un maestro del humor y del juego de palabras: Marcos Mundstock, integrante y fundador del grupo humorístico-musical *Les Luthiers*. Como dijo alguna vez Marcos Mundstock en boca del Maestro Mastropiero: “no te tomes la vida demasiado en serio, al fin y al cabo no saldrás vivo de ella”. No es una posición cínica ni una declaración pesimista (al menos no lo es para mí), es una convocatoria al deseo y una invitación al acto.

GUÍA DE LECTURA

Para concluir vamos a dejar señalados algunos de los puntos más importantes de lo que hemos trabajado. La idea es que sirvan de guía para leer y repasar los textos. Voy a formularlos bajo el modo de 8 grupos de preguntas siguiendo la secuencia de la bibliografía obligatoria:

- 1- ¿Por qué considerar al síntoma como la noción de mayor relevancia de la clínica psicoanalítica? ¿Cuáles son sus características distintivas? ¿Cómo ubicar dicha noción de síntoma en la definición que propone Lacan de la clínica psicoanalítica? ¿Qué diferencia hay entre su abordaje analítico y el propuesto por otras disciplinas como la psiquiatría o las psicoterapias?
- 2- ¿Cómo distingue Freud las nociones de inhibición, síntoma y angustia? ¿Cuál es su soporte teórico y sus referencias conceptuales? ¿Cuáles sus posibles ejemplos clínicos? ¿De qué modo particular diferencia Freud el síntoma de la inhibición? ¿A partir de qué criterios y con qué finalidad? ¿Qué utilidad tienen la inhibición y la angustia a los fines diagnósticos? ¿Qué relación hay o puede haber entre ambas nociones? ¿Y cómo puede utilizarlas el analista para orientarse en la cura?
- 3- ¿Qué aportan a esas distinciones las categorías lacanianas de los tres registros? ¿Cómo ordena Lacan la relación entre las tres categorías freudianas en su décimo seminario? ¿Cuál es el sentido que toman en la experiencia neurótica y en la dirección de la cura analítica? ¿Cuál es la relación de cada una de ellas con el acto?
- 4- ¿De qué manera define Lacan al síntoma en su clase del Seminario 12? ¿Cuál es su relación con los campos del deseo y del saber? ¿Cómo piensa la operación del análisis en esa clase? ¿Y de qué modo sitúa la responsabilidad del analista en esa operación?
- 5- ¿Cómo propone Lacan definir la noción de significante? ¿De qué manera lo distingue del signo? ¿Y qué implicancias analíticas tiene esa distinción? ¿Cuáles son los ejemplos tomados de la casuística freudiana? ¿Cómo distingue Lacan la lógica de lo particular de la lógica de lo singular? ¿Qué se puede considerar universal para el caso del ser hablante?
- 6- ¿Cuál es la relación del analista con el saber? ¿De qué tipo de saber se trata? ¿Cuál es su estatuto? ¿De qué modo se diferencia del conocimiento y de la verdad? ¿Por qué Lacan afirma que el analista toma el lugar del sujeto-supuesto-saber? ¿Cuál es la función que cumple en el tramo inicial de la cura?
- 7- ¿Qué características distintivas tiene la angustia y en qué se diferencia del resto de los afectos que pueden interesar al analista en su escucha? ¿Cuáles son sus tres grandes versiones según la clasificación sugerida por Lacan en su lectura de la obra de Freud? ¿Por qué interesa tanto a la ética del psicoanálisis?
- 8- ¿De qué modo puede reconocerse el síntoma en el caso singular del *pequeño Hans*? ¿Cómo distingue Freud en ese caso particular la angustia del síntoma y el síntoma de la inhibición? ¿Por qué razón o razones se puede afirmar que el objeto de la fobia (*Caballo*) funciona como un significante?

BIBLIOGRAFÍA

Obligatoria:

- 1- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Capítulo I a V. En Obras completas: Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- 2- Lacan, J. (1964-65). Clase del 5 de mayo de 1965. En *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Inédito.
- 3- Lombardi, G. (2015). “Tres versiones de la angustia”. En *La libertad en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Complementaria sugerida:

- 1- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En Obras completas: Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu.
- 2- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Adenda sobre la angustia. En Obras completas: Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- 3- Lacan, J. (1958). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Capítulo 5 (punto 15 y punto 16). En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- 4- Soler, C. (2004). “El anticapitalismo del acto analítico”. En *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra Viva.