

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2014.

# **La noción de diagnóstico en psicoanálisis a la luz del dispositivo de presentación de enfermos.**

Valcarce, María Laura.

Cita:

Valcarce, María Laura (2014). *La noción de diagnóstico en psicoanálisis a la luz del dispositivo de presentación de enfermos. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/737>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA NOCIÓN DE DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS A LA LUZ DEL DISPOSITIVO DE PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

Valcarce, María Laura  
Universidad de Buenos Aires

---

## RESUMEN

La noción de diagnóstico en psicoanálisis plantea una diversidad de interrogantes y en reiteradas ocasiones es puesto en tensión con el diagnóstico psiquiátrico. El diagnóstico es una construcción, es decir, no es un observable e implica una elaboración posterior a lo acontecido en una entrevista -ya sea en una admisión o la entrevista que forma parte del dispositivo de presentación de enfermos-. Tomando esta orientación, este trabajo se propone articular la noción de diagnóstico y las presentaciones de enfermos destacando para ello dos aspectos. El primero de ellos sitúa que en el dispositivo de las presentaciones de enfermos se manifiesta con claridad que el diagnóstico se construye. Dicha construcción se produce a partir de la elaboración que tiene lugar durante la segunda instancia de la presentación, en el momento de la discusión o comentario. El segundo aspecto destaca que el dispositivo de la presentación de enfermos es un espacio fecundo para revelar la tensión que existe en el nivel del diagnóstico entre lo particular del tipo clínico y la singularidad del caso. En primer lugar se señalarán algunas consideraciones sobre el diagnóstico en psicoanálisis y luego se abordará la articulación con el dispositivo de las presentaciones de enfermos.

## Palabras clave

Diagnóstico, Psicoanálisis, Presentación de enfermos

## ABSTRACT

THE NOTION OF DIAGNOSIS IN PSYCHOANALYSIS IN THE LIGHT OF THE DEVICE OF PATIENTS' PRESENTATION

The notion of diagnosis in psychoanalysis raises a diversity of questions and in repeated occasions it is put in tension by the psychiatric diagnosis. The diagnosis is a construction, that is to say, it is not something observable and involves a production subsequent to what happens in an interview - either in an admission or in the interview that forms part of the device of patients' presentation-. Following this orientation, this work proposes to articulate the notion of diagnosis and the patients' presentations emphasizing two aspects. The first one shows that in the device of the patients' presentations it is clearly demonstrated that the diagnosis is constructed. The above mentioned construction occurs from the production that takes place during the second instance of the presentation, in the moment of the discussion or comment. The second aspect emphasizes that the device of the patients' presentation is a fecund space to reveal the tension that exists in the level of the diagnosis between the particularity of the clinical type and the singularity of the case. First some considerations on the diagnosis in psychoanalysis will be distinguished and then the articulation by the device of the patients' presentations will be approached.

## Key words

Presentation of patients, Diagnosis, Psychoanalysis

La noción de diagnóstico en psicoanálisis nos plantea una diversidad de interrogantes y en reiteradas ocasiones es puesto en tensión con el diagnóstico que se realiza en el campo de la psiquiatría. Partimos de la afirmación de que el diagnóstico es una construcción, es decir, no es un observable ni es inmanente a los dichos de un paciente. Decir que se construye permite situar el diagnóstico dentro del campo de lo que denominamos la "clínica[i]". El acto de diagnosticar queda entonces del lado del "hacer clínica", e implica una elaboración posterior a lo acontecido en una entrevista -ya sea en una admisión o la entrevista misma que forma parte del dispositivo de presentación de enfermos-.

En esta línea, la construcción del diagnóstico nos evoca la indicación de Lacan, cuando en la clase del 10 de diciembre de 1974 afirma: "es indispensable que el analista sea al menos dos: el analista para tener efectos y el analista que a esos efectos los teoriza" (Lacan, 1974-75).

La teorización de dichos efectos, que es solidaria de la función que ejerce el clínico[ii], marca las coordenadas en las que se inscribirá el diagnóstico. Desde esta perspectiva, subrayamos que el diagnóstico no lo hace el analista en tanto que interviene -en acto- en el dispositivo analítico sino en el momento en que elabora lo acontecido en la dirección de la cura o en una entrevista.

Tomando esta orientación, este trabajo se propone articular la noción de diagnóstico y las presentaciones de enfermos destacando para ello dos aspectos. El primero de ellos sitúa que en el dispositivo de las presentaciones de enfermos se manifiesta con claridad que el diagnóstico se construye. Dicha construcción se produce a partir de la elaboración que tiene lugar durante la segunda instancia[iii] de la presentación, a saber el momento de la discusión y comentario entre quien ha sido el entrevistador -en la primera instancia- y los integrantes de la asistencia. El segundo aspecto destaca que el dispositivo de la presentación de enfermos es un espacio fecundo para revelar la tensión que existe en el nivel del diagnóstico entre lo particular del tipo clínico y la singularidad del caso.

En primer lugar, entonces, se señalarán algunas consideraciones sobre el diagnóstico en psicoanálisis y luego se abordará la articulación con el dispositivo de las presentaciones de enfermos.

## 1. La noción de diagnóstico en psicoanálisis

Si consideramos el diagnóstico desde la perspectiva del psicoanálisis, es preciso enfatizar que allí "el sujeto es una referencia ineludible" (Miller, 1997, p.34). En esta línea, Miller establece un contrapunto con el diagnóstico en psiquiatría destacando que si este "está constituido a nivel de la objetividad" (p.30), "(...)" en el campo analítico, estamos, contrariamente, del lado del sujeto" (p.30). Sabemos que la posición del analista crea las condiciones de posibilidad para el surgimiento del sujeto y en esta línea, la perspectiva diagnóstica toma en consideración la posición que un sujeto asume en relación a sus dichos y a sus actos. No se trata de la objetividad

de las conductas, ni de la descripción de determinados signos, sino de la relación que tiene un paciente con aquello que dice. Se recorta así el valor otorgado a la palabra y se subraya que si “lo esencial es lo que el paciente dice” (Miller, 1997, p.38), es porque ello implica una separación de la dimensión del hecho para introducirse en la dimensión del dicho.

Recordamos que en algunas de sus presentaciones de enfermos, Charcot, concedía un lugar destacado al acompañante, en tanto este podía responder las preguntas formuladas al enfermo, participando así de manera muy activa en la entrevista. En ese marco se ubica entonces la dimensión en la que se inscriben los dichos: se trata de una descripción objetiva de los hechos, en tanto adquiere valor la palabra del paciente así como la de su acompañante.

Por el contrario, en las presentaciones psicoanalíticas no puede pensarse la presencia de un acompañante ya que no se trata de recabar hechos supuestamente objetivos, sino lo que nos interesa son los dichos mismos del paciente, en tanto es a partir de estos que se puede localizar el decir de un sujeto. En este punto no sólo se vuelve crucial separar la dimensión del dicho de la dimensión del hecho, sino también distinguir el enunciado de la enunciación. Desde esta perspectiva, la introducción de la posición del analista y la dimensión ética en juego altera la noción de diagnóstico que presenta la psiquiatría. El diagnóstico en psicoanálisis no se refiere a una clasificación descriptiva establecida de antemano. La inclusión del analista y la lectura de la relación que tiene un sujeto con lo que dice, plantea una trama compleja que no se reduce de ningún modo a una clasificación objetiva de manual.

Desde la orientación psicoanalítica, el individuo no constituye un ejemplar de la especie, sino justamente “hay sujeto” cada vez que el individuo se aparta de lo universal (Miller, 2001, p.255).

En esta línea, Miller destaca: “llamamos sujeto al efecto que desplaza sin parar el individuo, que aparta el individuo de la especie, que aparta lo particular de lo universal, y el caso de la regla” (Miller, 2001, p. 258). En el nivel de lo universal situamos la no relación sexual, el *traumatisme* y luego encontramos las respuestas que inventa cada ser hablante afectado por la lengua, considerando que “el sujeto se constituye siempre como excepción a la regla” (p. 261).

En la “*Introducción a la edición alemana...*” Lacan (1973) destaca que hay tipos de síntoma y que hay una clínica, y rápidamente nos advierte que “los sujetos de un tipo no tienen pues utilidad para los otros del mismo tipo” (p.584). Así como un obsesivo no puede dar sentido al discurso de otro obsesivo, destaca que “no hay sentido común del histérico” (Lacan, 1973, p.583).

Esta afirmación de Lacan pone en tensión la relación existente entre el “tipo” clínico y el caso singular. Consideramos que en el nivel de las nominaciones clasificatorias universales no logramos aprender lo más singular de cada caso, es decir, cuál ha sido la invención de un sujeto para arreglarselas con el goce. La vía regia de acceso a este punto está dada por el valor que adquiere la palabra. Haciendo referencia al dispositivo de presentaciones de enfermos y destacando la importancia de la palabra, Gorog afirma: “lo que sorprende a los psiquiatras es que se pueda tomar como criterio preciso lo que alguien dice, sin referirse necesariamente a lo que pueda saberse por otras fuentes (...)” (Gorog, 1985, p. 44).

En las presentaciones de Lacan aquello que deviene importante son los dichos del paciente, los cuales dan cuenta de una determinada posición subjetiva. En las preguntas que profiere, Lacan modula sus palabras y ajusta su intervención al devenir que va tomando la entrevista, dando cuenta en acto de la “sumisión a las posiciones

subjetivas” [iv] del entrevistado (Lacan, 1958, p.516). Su posición de *no comprender*, tal como indica tempranamente en el “*Seminario 3*”, permite verificar que el discurso de un obsesivo no sirve para pensar el de otro obsesivo... y que no puede establecerse un saber de antemano al encuentro mismo con un sujeto.

Es justamente dentro de estas coordenadas que atraviesan el diagnóstico, que nos introducimos en el segundo punto de este trabajo referido a las presentaciones de enfermos.

## **2. Los aportes semiológicos de la asistencia y la elaboración de saber**

Como habíamos señalado anteriormente, las discusiones sobre el diagnóstico y su construcción tienen lugar durante la segunda instancia de la presentación, es decir, cuando el paciente se retira y comienza el intercambio con los integrantes de la asistencia.

En la “*Exposición en lo de Daumezon*” Lacan (1970) destaca la importancia de la asistencia en sus presentaciones y menciona que en su mayoría está compuesta por analizantes.

Una vez que la entrevista ha finalizado, la apertura del segundo tiempo habilita la intervención activa de la asistencia en el diálogo que propicia con el entrevistador[v]. La asistencia funciona como una instancia tercera que presenta aportes novedosos constituyendo un espacio privilegiado del dispositivo en tanto realiza “observaciones extremadamente ricas desde el punto de vista semiológico” (Lacan, 1970). La posibilidad de resaltar algunos aspectos no destacados durante la presentación tanto como la introducción de perspectivas novedosas, constituyen la riqueza de su función y allí reside para Lacan el nudo de la presentación. Son sus integrantes quienes hacen un recorte, producen una escansión, registran lo acontecido al mismo tiempo que permiten cierta inscripción de lo que ha sucedido en la primera instancia.

Durante este segundo momento Lacan conversaba con la asistencia sobre el futuro del paciente, su pronóstico y también allí tenía lugar la discusión sobre el diagnóstico. Desde esta perspectiva, la elaboración colectiva de saber, a partir de las marcas singulares extraídas de la entrevista, constituye un valioso trabajo clínico que realiza la asistencia. En la entrevista misma contamos con las palabras de un sujeto que ha consentido a la presentación. Luego, cuando el paciente se retira, “para ‘decantar el síntoma’”, como afirma Fabián Schejtman, “es preciso tamizar esas palabras y recoger lo que queda: un resto de letra”. (Schejtman, 2013 p.38). Así, esta “tarea clínica fundamental que consiste en aislar, delimitar, el síntoma” (p.38) se produce en este segundo momento de discusión y comentario.

Situándonos específicamente en el diagnóstico, Miller, quien ha asistido a las presentaciones de Lacan declara que éste no renunciaba a pronunciar las palabras de parafrenia y de debilidad por temor a poner etiquetas, sino que, aunque las expresara consideraba: “¡Pero él es normal!” (Miller, 1987, p.156). En esta línea destaca: “incluso cuando el cuadro clínico se revela sin ambigüedad, y cuando puede formularse un diagnóstico en los términos más clásicos, algo del sentido queda en suspenso” (Miller, 1987). “La espera del nombre resulta decepcionada” (p.156) porque se capta en las presentaciones un real en juego que no se deja capturar.

F. Leguil y C. Lazarus-Matet (2010), quienes también han asistido a dichas presentaciones, recuerdan que Lacan “no permitía que su presentación se prestara a la constitución de un cuadro ni que una mirada se imponga, encuentre su refugio y pretenda poner el sujeto en reposo. Ninguna puesta en serie del caso era creíble a partir de ese ejercicio riguroso pero continuamente aventurado. Una entrevista se acababa, la historia comenzaba”. Afirman que en esta práctica rigurosa Lacan no aprobaba que se utilizara un saber

general que no tuviera en cuenta la singularidad del caso. Así, la elaboración de saber que se produce en esta segunda instancia de la presentación no se presta al saber del manual, sino aloja la singularidad que se recorta a partir de un encuentro contingente.

### **3. El diagnóstico en las presentaciones de Lacan: del “tipo” clínico a lo singular**

Miller (1987) señala que en las presentaciones Lacan destacaba una y otra vez “la normalidad” de los sujetos a los que entrevistaba. Así, respecto de Mlle. B (Lacan, 1976b) dirá: “Ella forma parte de esos locos normales que constituyen nuestro ambiente”. Dos meses antes de dicha presentación, y unos días después del encuentro con el Sr. Primeau, Lacan introduce en la siguiente clase de su Seminario[vii], una referencia directa a esta presentación, destacando el fenómeno de las palabras impuestas del que daba cuenta el Sr. P. Allí destaca “el paciente mismo articula así eso que parece de lo más sensato en el orden de una articulación que puedo llamar lacaniana” (Lacan, 1975-76, p.93). E inmediatamente se pregunta “cómo es que todos nosotros no percibimos que las palabras de las que dependemos nos son, de alguna manera, impuestas” (Lacan, 1975-76, p.93).

En dicha presentación, una vez que el entrevistado se ha retirado, Lacan no duda en nombrar lo que había extraído de su testimonio como “una psicosis lacaniana”, introduciendo allí su nombre propio y sus tres registros. Afirma: “Esto es una psicosis “lacaniana”... verdaderamente caracterizada. Con esas “palabras impuestas”, lo imaginario, lo simbólico y lo real” (Lacan, 1976a).

Afirma que los dichos de Primeau lo confrontan con uno de esos cuadros que no se encuentran descriptos, ni aún en los buenos clínicos como Chaslin. Al iniciar el comentario, luego de que el paciente se retira, Lacan profiere: “cuando entramos en detalles, vemos que los tratados clásicos no agotan el problema” (Lacan, 1976a, p. 41). De eso se trata en las presentaciones de Lacan: el detalle que localiza la singularidad y exige una nominación que no se diluya en los manuales de las clasificaciones mentales.

Retomando la presentación del 9 de abril de 1976, una vez que Mlle. B. se ha retirado, y en el momento del diálogo con los integrantes de la asistencia, Lacan (1976b) enuncia: “es muy difícil pensar los límites de la enfermedad mental...” Se podría llamar a eso- ¿por qué no?- una parafrenia imaginativa. Es como lo simbólico, lo imaginario y lo real. Es la enfermedad mental por excelencia”.

Nuevamente Lacan hace referencia a las clasificaciones clásicas kraepelinianas -la parafrenia imaginativa- y avanza un paso más. La nominación de la enfermedad de la mentalidad extraída de la discusión condujo a Miller a distinguirla de las enfermedades del Otro.

En otra de las presentaciones ante el diagnóstico propuesto por un integrante de la asistencia, Lacan (1976c) responde: “Me parece demasiado tranquilizador para que me fíe en eso”. Consideramos que si el diagnóstico es tranquilizador puede conducir al analista al adormecimiento, diluyendo lo singular del caso en las categorías preestablecidas. Lacan se sirve de las clasificaciones clásicas y avanza un paso más. Las preguntas referidas a cómo el paciente veía el futuro, que realizaba al finalizar la entrevista, dan cuenta del esfuerzo de localización de la singularidad en cada caso.

En esta línea evocamos las palabras de F. Gorog, quien afirma que “Uno de los efectos de la presentación sería (...) captar qué hace que determinado pronóstico, en tal psicosis, independientemente de los criterios psiquiátricos de paranoia o esquizofrenia o parafrenia, sea mejor que otro. Esta es una de las tareas actuales del psicoanalista: incluso una vez hecho el diagnóstico, conviene ad-

herir a los puntos de referencia lacanianos (...) (Clastres, Gorog, 1985, p.51).

Las reflexiones en torno al pronóstico que tienen lugar en las presentaciones de enfermos de Lacan apuntan a extraer la singularidad, tomando distancia de las categorías generales. Desde esta perspectiva, Eric Laurent enfatiza: “Nuevamente en este punto hay que llegar a ese saber de lo particular, a lo que primitivamente se llama el pronóstico. No se trata del pronóstico de la categoría en general, sino del punto más particular de determinado caso. Cuando llegamos a él, salimos entonces de lo especulativo” (Clastres, Gorog, 1985, p.52).

La elaboración de saber que se produce en la segunda instancia de la presentación constituye el aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica que destaca Lacan en la Conversación en lo de Daumezon (1970). Esta orientación que pone en constante tensión los tipos clínicos y la singularidad de cada caso, Lacan la hacía sentir en acto en sus presentaciones de enfermos.

### **Reflexiones finales**

Retomando la afirmación de Lacan (1973), “hay tipos de síntoma, hay una clínica” y subrayando la posición de un sujeto respecto de sus dichos, destacamos la tensión entre lo particular del tipo y la singularidad del caso.

En la presentación del Sr. Primeau hemos resaltado las palabras de Lacan quien subraya que “cuando entramos en detalles, vemos que los tratados clásicos no agotan el problema” (Lacan, 1976<sup>a</sup>, p.41). Las clasificaciones establecidas por la psiquiatría clásica nos orientan y destacamos la riqueza, la precisión y la rigurosidad de dichos psiquiatras en el ordenamiento y la sistematización de los cuadros que han establecido. Entonces nos servimos de ellas, sin desconocer que son artificios que construimos como respuesta a lo real imposible de soportar.

Miller (2001, p.253) destaca que las categorías que utilizamos no tienen un fundamento en la naturaleza, sino en la “práctica lingüística de los que tienen que ver con lo que se trata: las clases tienen como fundamento la conversación de los practicantes”. Es efectivamente la conversación de los practicantes en la segunda instancia de la presentación de enfermos, aquello que permite mantener viva la interrogación por el diagnóstico.

Se ha hecho referencia a algunas de las presentaciones de Lacan, para destacar la elaboración y construcción del diagnóstico en el momento de la discusión con los integrantes de la asistencia. Se ha enfatizado la tensión existente entre el “tipo” clínico y la singularidad de un caso, subrayando la orientación de Lacan en el dispositivo de presentación de enfermos al intentar localizar lo singular en la posición subjetiva del paciente entrevistado, no permitiendo que la entrevista se prestara a la constitución de un cuadro que pretenda poner en reposo al sujeto (Lazarus-Matet&Leguil, 2010) La elaboración diagnóstica, en cada caso, debe alojar la singularidad, dejando abierta la hiancia que lo separa de la clasificación establecida.

Para finalizar entonces, como afirma Graciela Brodsky (2014), “si clasificamos síntomas, tejemos nudos, dibujamos cuadros, escribimos fórmulas, trazamos grafos, es porque diariamente hacemos la experiencia - insoportable a veces- de que en lo real no hay clases, solo piezas sueltas...”. Piezas sueltas que portan la marca de una singularidad, y cuyo esfuerzo de formalización nos causan a escribir, a conversar y a reunirnos en congresos y en jornadas.

Los tratados no agotan el problema... Nos servimos de la riqueza semiológica elaborada por la psiquiatría clásica y no olvidamos que en nuestro campo la referencia al sujeto es ineludible (Miller,

1997). Consideramos que el dispositivo de las presentaciones de enfermos, tal como lo implementó Lacan, crea las condiciones para mantener vivo un deseo que cause, cada vez, la investigación en psicoanálisis renovando el compromiso ético con nuestra práctica.

## NOTAS

[i] Tomamos como referencia la definición de F. Schejtman quien destaca: “la clínica psicoanalítica no es la experiencia analítica en bruto. Supone (...) la lecto-escritura de esa experiencia, su conceptualización que, es preciso subrayarlo, no va de suyo y conviene que se adicione a la práctica, por mejores resultados que de ella se obtengan.” (Schejtman, 2013, p. 27).

[ii] Fabián Schejtman ha abordado este tema en: “Clínica psicoanalítica: Verba, Scripta, Lectio”. Schejtman, F. (2013).

[iii] El dispositivo de las presentaciones de enfermos, tal como lo implementó Lacan al servicio del discurso analítico, presenta una clara diferenciación entre dos instancias que lo conforman: la primera instancia constituida por la entrevista con el paciente, y la segunda instancia, correspondiente a la discusión e intercambio con los miembros de la asistencia. Este tema ha sido ampliamente desarrollado en mi Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Valcarce, (2013).

[iv] Subrayamos que dicha indicación es realizada a propósito de una de sus presentaciones de enfermos.

[v] En la segunda instancia el entrevistador abandona la posición de analista para ocupar un lugar como sujeto.

[vi] Clase del 17 de febrero de 1976. Seminario 23 *El sinthome*.

## BIBLIOGRAFIA

Brodsky, G. (2014). “La clínica y lo real”. Recuperado de: <http://www.congresamp2014.com/>

Clastres, G., Gorog, F., Gorog, J.J., Laurent, E. Schreiber, F. & Silvestre, D. (1985) “Las presentaciones de enfermos: buen uso y falsos problemas”. En: Psicosis y Psicoanálisis. Buenos Aires. Ed. Manantial, p.p 39-54.

Lacan, J. (1955-56). El seminario. Libro 3: Las Psicosis. Buenos Aires: Paidós, 1995.

Lacan, J. (1958). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible en la psicosis”. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. pp. 513-564.

Lacan, J. (1970): “Aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica” (“Exposición en lo de Daumezon”). Inédito.

Lacan, J. (1973): “Introducción a la Edición Alemana de un primer volumen de los Escritos”. En: Otros escritos. Buenos Aires: Paidós. 2012. pp 579-585

Lacan, J. (1974-75). El seminario. Libro 22: R.S.I. Inédito.

Lacan, J. (1975-76). El seminario. Libro 23: El sinthome. Buenos Aires: Paidós, 2006.

Lacan, J. (1976a). “Una psicosis lacaniana”. El analicón N°1. Barcelona, Correo/Paradiso. 1986.

Lacan, J. (1976b). Transcripción de la Presentación de Mlle. B. Inédito.

Lacan, J. (1976c). Transcripción de la Presentación de Mme. C. Inédito.

Lazarus-Matet, C.; Leguil, F. (2010). “Lacan en Sainte-Anne”. En Consecuencias: Revista digital de Psicoanálisis, Arte y Pensamiento. N°5. Diciembre 2010. Recuperado de: <http://www.revconsecuencias.com.ar/>

Miller, J. A. (1987). “Enseñanzas de la presentación de enfermos”. En: Matemáticas I. Buenos Aires: Manantial. 1987, p.p.155-168.

Miller, J. A. (1997). Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Eolia-Paidós. 1997.

Miller, J.A. (2001) El ruiseñor de Lacan. En Colección del Instituto Clínico de Buenos Aires/Paidós (Ed.), Del Edipo a la Sexuación (p.p 245-265). Buenos Aires: ICBA/Paidós

Schejtman, F. (2013). “Clínica psicoanalítica: Verba, Scripta, Lectio”. En: Schejtman, F. (comp.) y otros (2013), Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis, Grama, Buenos Aires, 2013.

Valcarce, M.L. (2013) “Análisis de las diferencias y similitudes entre el dispositivo de presentación de enfermos de la psiquiatría clásica y el dispositivo psicoanalítico lacaniano a la luz de dos instrumentos conceptuales: el grafo del deseo y los cuatro discursos”. Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Inédito.