

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Causalidad y semiótica: ¿hay una clínica propiamente psicoanalítica?.

Bozzini, Bruno y Koatz, Sofía.

Cita:

Bozzini, Bruno y Koatz, Sofía (2017). *Causalidad y semiótica: ¿hay una clínica propiamente psicoanalítica?. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/827>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/kvd>

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>.

CAUSALIDAD Y SEMIÓTICA: ¿HAY UNA CLÍNICA PROPIAMENTE PSICOANALÍTICA?

Bozzini, Bruno; Koatz, Sofía

Universidad Nacional de Rosario. Argentina

RESUMEN

Este trabajo intenta poner a prueba una única pregunta: ¿hay una clínica propiamente psicoanalítica? Actualmente se utiliza el sintagma “clínica psicoanalítica” de modo familiar. Acaso reúne nuestro quehacer: ‘nuestra clínica’. Así, esta expresión suele prescindir a veces de la adjetivación adquiriendo un nombre propio donde lo “psi” es reemplazado por un concepto o alguna noción importante para los psicoanalistas y que, aparentemente, tiene un sentido unívoco para todos – puesto que nos reúne bajo su nombre –; o bien a ‘clínica’ le sigue alguna de las llamadas ‘estructuras clínicas’. Este modo de nombrar la práctica analítica plantea una tensión entre la clínica y el psicoanálisis que se supone resuelta, si no es que pasa desapercibida. Mediante una revisión parcial pero atenta de la obra de Freud y de la enseñanza de Lacan, y con el apoyo en lecturas de psicoanalistas contemporáneos, se intentará desplegar el interrogante antes mencionado a partir de la consideración del funcionamiento del signo y la noción de causa inherente a éste, tanto en la medicina como en el psicoanálisis de Freud y de Lacan. Por esta vía, resultará que no es evidente que el psicoanálisis sea una clínica, o al menos que sea una clínica propiamente dicha.

Palabras clave

Psicoanálisis, Causa, Signo, Clínica

ABSTRACT

CAUSALITY AND SEMIOTICS: IS THERE A PSYCHOANALYTIC CLINIC? This paper tries to test a single question: is there a psychoanalytic clinic? The term “psychoanalytic clinic” is now used in a familiar way. Perhaps it brings together our task: ‘our clinic’. Thus, this expression often dispenses with adjectivation by acquiring a proper name that apparently has a univocal meaning for psychoanalysts; In such cases it is accompanied by some theoretical notion, or by some of the so-called ‘clinical structures’. This way of naming analytic practice poses a tension between clinical and psychoanalysis that is supposed to be resolved, if not unnoticed. Through a partial but attentive review of Freud’s work and of Lacan’s teaching, and with the support of contemporary psychoanalysts, an attempt will be made to unfold the aforementioned question from the consideration of the functioning of the sign and the notion of inherent cause. To it both in medicine and in the psychoanalysis of Freud and Lacan. In this way, it will turn out that it is not evident that psychoanalysis is a clinic, or at least a clinic proper.

Key words

Psychoanalysis, Cause, Sign, Clinica

En la Introducción a la edición alemana de los Escritos, texto redactado en 1973 y publicado en 1975, Lacan afirma que “hay una clínica, pero esta está desde antes del discurso analítico”. Esta distinción es un punto de partida que está en la base del presente trabajo. Puede decirse que es, tal vez, un manojo de palabras entre no muchas otras de las que es posible aferrarse para emprender una interrogación que se atreva a separar ‘clínica y psicoanálisis’ lo suficiente como para no confundirlas puesto que, tratándose de Lacan, hay múltiples referencias donde se encuentra la expresión ‘clínica psicoanalítica’ sin que apunten necesariamente a distinguir un término y otro.

Metódicamente se abordará la diferencia entre la clínica y el psicoanálisis sin considerarla evidente pero suponiéndola, de forma tal que al interrogar cómo se constituyó y cómo opera la clínica a la que hace referencia Lacan, la clínica médica, y el modo en que procede el psicoanalista en su praxis, tengamos razones para señalar en que puntos precisos habrá de situarse la distinción. Puesto que no hay “experticia” ni hay un saber totalitario en psicoanálisis sino de lo íntimo, nos vemos siempre llevados a volver a pasar por el inicio, por el principio: el encuentro de Freud con Charcot, encuentro que alberga un punto de fascinación y a la vez de ruptura, gesto que en nuestra era parirá una nueva razón. De allí en adelante, la pregunta freudiana por ‘la causa’ del malestar, o, si se quiere, la pregunta ¿por qué el síntoma?, estará presente hasta el final bajo la teoría traumática de la neurosis. Hay pasajes claves en Freud que manifiestan un tratamiento particular de la causa en relación al trauma y que evidencian un modo de hacer con el signo en la cura, que, además, trae consigo la formulación de la realidad psíquica, por ejemplo, que no deja de ser ambigua (el signo remite a ella, de un modo particular). El problema de la causa y el signo también tiene un lugar fundamental en Lacan y en el desplazamiento que opera sobre los interrogantes freudianos.

CLÍNICA MÉDICA: RETIRADA LA CAUSA DESAPARECE EL EFECTO

La clínica médica surca en el sufrimiento del hombre, penetra en el cuerpo con la potencia de su mirada y reorganiza un campo que en el siglo XVIII existía pero no del mismo modo. A partir de entonces algo cambia, pero, este modo de tratar al cuerpo de la clínica médica no se desprende de nuevos sistemas de pensamiento sino de una mirada que logra acceder a la carne del cadáver, una mirada que se enraíza en la muerte y a partir de la cual se organizará un discurso racional que se apoya en un lenguaje que dice sobre la enfermedad. Esa mutación del discurso, se debe a una nueva estructuración que descansa en las maneras de ver y de decir.

“(…) la relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mira-

da y en el lenguaje lo que estaba más acá y más allá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza, que hace ver y decir (...). (Foucault, 1966, p.13)

Para darle tal estatuto a la mirada médica, fue necesario que la muerte arroje luz sobre los síntomas y poder explicarlos, así, mediante lesiones. De la muerte se extrae la verdad a través de la mirada. La anatomía patológica dio a la medicina sus primeros principios de positividad, permitiéndole acceder a lo que la funda científicamente. Es un camino que va del síntoma al tejido a buscar su causa, y que permite una espacialización y una verbalización inédita de lo patológico.

Este nuevo decir sobre el cuerpo, lo configura como un cuerpo-máquina. Esto no significa que el cuerpo lo sea sino que se lo trata "como si", lo cual conduce a una idea básica para la medicina que es que, ante las fallas de la suma de órganos y sus relaciones, puede repararse. Esto equivale a decir que retirada la causa, desaparece el efecto.

EL SIGNO Y EL MONTAJE ESCÉNICO DE LA CLÍNICA

Como se habrá dejado entrever, la clínica de la cual nos habla Foucault necesita de la agudeza de la mirada pero también, y en la misma medida, de la nitidez lingüística para instituir con el arribo del nombre aquello que se busca transmitir, es decir, enseñar (y también curar, por supuesto). De allí la importancia que adquiere la descripción y el lenguaje que "comunica".

Pero, ¿cuándo empieza la clínica? Ella comienza cuando algo resulta opaco al entendimiento. Hay un signo que no dice su significación, sino que hay que hacérsela decir.

En lo que llamaremos el montaje escénico de la clínica, lo que se pone en marcha es el aparato del lenguaje en su capacidad de nombrar y describir: eso que se percibe debe tener que poder ser subsumido en un lenguaje. Pero para poder llegar a dar con el nombre primero hay que vérselas con el signo, ya que no se tratará de la esencia de la enfermedad sino de la enfermedad como conjunto de signos; en otras palabras, a la enfermedad se llega por la significación del signo, que puede a su vez participar de otras enfermedades y por lo tanto lo fundamental será el modo en que ellos se reúnan en un conjunto.

Frente a la opacidad del signo se desarrolla un drama en el cual el clínico se guía bajo la concepción clásica del signo que C. S. Pierce (1978) se esfuerza por sistematizar. "Un signo (o representamen) es algo que viene en el lugar de algo para alguien en cualquier relación o cualquier realidad" (p. 121). El clínico sabe entonces, en principio, una cosa: el signo representa algo, que remite a una realidad diferente a la realidad del signo, o sea, que hay un referente al cual hay que llegar. Esta es su única certeza. En oposición a él, el alumno inquieto es el que se precipita en dirección a la trampa que el signo tiende.

El referente del signo tiene una localización espacial: el cuerpo. De este modo, se instituye una cadena causal por el cual el signo remite a la realidad del cuerpo donde se ha de dirigir en verdad la clínica médica, puesto que, por ejemplo, la fiebre es el resultado de un proceso infeccioso, es decir: la fiebre es signo de que algo le sucede al cuerpo. Bastará con que cese la infección para que la fiebre desaparezca, y para ello se pondrá en función todo el saber

libresco de la medicina que, gracias a la percepción del signo es capaz de revelar, causalmente, el nexo que tiene con su referente. En este punto, la diferencia entre clínico y alumno se borra en la fraternidad del saber.

Este modo de proceder esclarece la política semiótica que subyace a la clínica. En resumen, el signo representa algo para alguien. Allí, reconocemos tres elementos:

- El signo, como algo que viene en lugar de algo (el síntoma);
- el algo, por el cual el signo existe en tanto efecto (la "x" que el síntoma representa); y
- el alguien: una no-persona, el interpretante para quien el nexo entre el signo y el algo tiene algún sentido en tanto garantiza la significación, también denominado 'tercero', que también puede ser otro signo como bien lo señala Pierce. Si se quiere, el sujeto-supuesto-saber (el clínico).

A su vez, falta enfatizar algo que la aproximación clínica deja en evidencia: en el signo opera una noción de causalidad que es inherente a su funcionamiento, al punto tal que permite expresar la suposición a partir de la cual un signo tiene un referente, y que fundamenta la perspectiva por la cual la causa produce el efecto – la infección es causa de la fiebre. Clínico y alumno comparten esta aventura de la búsqueda de la causa que se supone al efecto; gracias a los convenciones de su mecánica nunca están en desventaja en este sentido uno respecto del otro, aunque uno se apure demasiado y el otro sea cauto. Este problema es situado por Guy Le Gaufey (2004), aunque no profundice precisamente en esa dirección en lo que resta del texto:

"La mirada clínica – tal como Foucault la estudió hace ahora cuarenta años – es aquella que no se deja engañar por las apariencias, es decir, por la precipitación usual en el establecimiento de un lazo entre un signo y su referente. De acuerdo con su experiencia en ciertas especies y series de signos, gracias a su conocimiento teórico de los signos y sus posibles causas, protegido del error por su prudencia y cuidado de la hechura general de la significación, (...) guiado sólo por la búsqueda misma de la verdad.

Pero ¿qué es la verdad? Bajo esta perspectiva llamada "clínica", la verdad está directamente conectada con la realidad, cualquiera sea, interna o externa, psíquica o física, actual o virtual; pero la realidad en el sentido en que estos signos clínicos son, efectivamente, la expresión de ella. Una expresión puede ser tortuosa, tal vez enrevesada, quizás hasta descarriada, pero siempre sostenida por la ineludible idea de causa." (p.257)

La causa, entonces, es aquello que media entre el signo y el referente. No está entre medio, sino que es lo que lógicamente los conecta a uno y a otro - como una frontera o límite. No es tampoco un elemento tercero, ya que el tercero remite, como se ha dejado entrever, a aquel para quien ese nexo entre signo y referente es válido, siendo el referente del orden de lo espacial abordable y calculable por el discurso de la ciencia. La causa es más bien un elemento consustancial al nexo que permite que el signo pueda tener un valor... causal.

Hay dos funciones particulares que se delimitan, entonces, como determinantes en relación a la clínica: el tercero, que valida el nexo entre signo y referente, y el nexo mismo que supone una idea de

causa. Este elemento tercero y esta propiedad del nexo que participa en el signo, que es la de remitir a una causa, en su existencia están intrincados. La separación sólo sirve a fines expositivos, pero, y esto es lo que nos interesa, modificaciones en la función del tercero pueden afectar la operancia de la causa en el nexo a la vez que el reconocimiento de una causalidad particular delimita un modo de funcionamiento del elemento tercero. Para percibir mejor el problema, remontémonos a la herencia charcotiana recogida por Freud, que no es la de Dupré, continuador de Pinel y su taxonomía, es decir, no es la de la psicopatología moderna.

LA RUPTURA INTRODUCIDA POR FREUD EN LA CLÍNICA

En *Letra por letra* (1984), Jean Allouch, plantea una lectura del corte que Freud realiza con su interpretación de la clínica de Charcot y el espectáculo de la histeria: giro de discurso operado a partir del equívoco que advierte en una pieza clave de la teoría de Charcot, la 'lesión funcional'. Este movimiento que hace Freud trastoca el problema de la causa, pero no lo abandona. Tal sismo en el terreno causal se produce por una suspensión de la significación, del signo y su tendencia al sentido, reintegrando más tarde el problema de otro modo.

El esfuerzo de Charcot se resume, método obliga, a sustancializar un espacio causal que justifique el estudio de la histeria y su inclusión en un cuadro clínico que la constituya como enfermedad a ser tratada en un hospital en manos del psiquiatra. Para ello, fue precisa la suposición – frente a la impotencia de la anatomía-patológica – de una lesión que, como realidad a la que remite el signo y aunque no se revele en la autopsia, fundamente y legitime este propósito. A partir de entonces, es posible remitir a ella los síntomas configurando una clínica de la histeria, concebida finalmente como una enfermedad mental localizada en el sistema nervioso. Es por vía del elemento causal como la histeria adquiere un estatuto de verdad garantizada por su inclusión en un cuadro que la vuelve aprehensible, es decir, permeable a una política semiótica que una al signo con su referente para diferenciar, por ejemplo, las parálisis motrices histéricas de las parálisis motrices orgánicas.

Ahora bien, la clínica de Charcot se opone a lo que la funda y Freud reconoce ese tropiezo: lo interpreta.

Si uno lee que debe existir una lesión histérica' en tal o cual centro, el mismo cuya lesión orgánica produciría el síndrome orgánico correspondiente; y si uno recuerda que está habituado a localizar la lesión histérica dinámica de la misma manera que la lesión orgánica, se ve llevado a creer que bajo la expresión 'lesión dinámica' se esconde la idea de una lesión como el edema o la anemia, que, en verdad, son afecciones orgánicas pasajeras. Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. (Freud, 1893, p. 206)

El cuerpo erótico, en este punto, adviene por el corte que introduce la interpretación del significante-amo 'lesión funcional' desprendida, al decir de Allouch, de toda imaginización usual de un referente. "Interpretable de ahí en adelante, la lesión funcional es tomada al pie de la letra como lesión de una función." (Allouch, 1984, p. 52)

Este movimiento que hace Freud instala la lesión en la materia representacional y pone en suspenso entre dos significantes el valor del síntoma. Podríamos decir que, así como Charcot requirió de un espacio causal que justifique su clínica, para Freud, en el origen, el trauma como causa es lo que justifica su invención que trasmuta el tejido corporal por el tejido histórico. La justifica pero posterior a un sin sentido, a una falla en el saber, donde aparece el ápice de la causa como imposible. La teoría del trauma en Freud implica que la relación con el saber cambia, un saber insabido está a la espera, está supuesto.

Evidentemente el problema de la causa sigue estando presente, y lo estará de principio a fin en Freud incluso bajo el temprano planteo de la etiología sexual de la neurosis, donde se debate entre causas constitucionales y causas accidentales, apelando también a las series complementarias. En ese punto, la etiología sexual no supone que Freud se saque de encima la carga organicista, por el contrario. Piensa en términos de aparato psíquico, llega a acudir a leyes físicas y a la química pulsional elaborando una metapsicología que toma por las astas la carga causal, aunque de un modo singular, contradictorio. Se trata de:

Una causa que quiere conservar prerrogativas orgánicas pero con piezas indóciles para lo orgánico – trauma, recuerdos, fantasías –, reclaman potencia causal pero con materia representacional. Materia coalescente a desplazamientos, desfiguraciones y sustituciones, que conforman la complejidad de lo originario, el ombligo del sueño, lo filogenético, la pulsión de muerte, y que conducen la etiología a una asíntota con respecto a la causalidad. (Kuri, 2016, p.57-48)

Al respecto, reparemos en el hecho de que Freud localiza un espacio causal nuevo sin remitir la carga causal de forma absoluta. Esa es la novedad, que no tiene la radicalidad que alcanzará después con Lacan, pero que ya está en Freud. No porque Lacan complete a Freud, sino porque desde la lectura que hacemos de Freud con Lacan es lícito decirlo.

Habitualmente hay un prejuicio entre los lectores de Freud, el que expresa que el abandono de su neurótica implica el abandono de la teoría causal del trauma. Lo que abandona es, exactamente, la teoría del trauma ligada a un valor etiológico. El abandono de su neurótica es el abandono de su convicción médica respecto de la etiología de la histeria que produce un giro en la racionalidad freudiana.

En primer lugar es preciso cuestionar qué estatuto tiene el signo en Freud, qué sucede con su estructura triádica (signo, referente e interpretante o tercero), y para ello será menester distinguir del signo conmemorativo, clásico en medicina, el signo indicativo de los cuales podríamos afirmar que se vale Freud en algún momento de su obra. Guy Le Gaufey cita a Sextus Empiricus:

Se dice que un signo es «conmemorativo» cuando ha sido claramente observado asociado a la cosa significada en el momento en que ésta es obvia, y nos induce, cuando ésta última ya no es evidente, a recordar aquella primera asociación, aun cuando el objeto significado ya no se presenta actualmente de manera manifiesta.

Un signo se llamará «de indicación», no cuando está claramente asociado a la cosa significada, sino cuando designa, en virtud de su naturaleza propia y de su constitución, aquello de lo que es el signo, como por ejemplo los movimientos del cuerpo son los signos

del alma. (Le Gaufey, s.f.)

El signo de indicación funciona como índice de otra realidad sin que esta sea obvia, por lo cual, habrá que construirla. No estamos lejos del síntoma que implica la división de un contenido manifiesto y un contenido latente que remite a esta realidad complejizada luego metapsicológicamente, donde la interpretación del síntoma se reduciría, de ser posible, a establecer el nexo entre el signo y el referente, desciframiento sostenido por la realidad que el contenido latente adquiere respecto del manifiesto (Le Gaufey, 2004). En esta concepción el síntoma permanece ligado a una realidad que le es previa, donde fuerzas contradictorias que anteceden al síntoma llegaran a constituirlo como formación de compromiso. Sin embargo, la noción de síntoma en Freud no es unívoca y no es posible pasar por alto algunas dificultades.

Por ejemplo, en su *Proyecto de Psicología para Neurólogos (1895)*, Freud toma nota de términos que reaparecerán más tarde en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, en 1926, mientras que en textos como *La interpretación de los sueños* y sus historiales, algo de la distinción latente/manifiesto determina las lecturas freudianas.

En el *Proyecto*, precisamente en el apartado referido a la proton pseudos histérica – la primera falsedad – Freud hace tambalear la noción de síntoma tal como la construyó en los *Estudios sobre la histeria*. El síntoma no es símbolo mnémico de aquello que lo habría ocasionado: el trauma. Recuérdese que allí, en los *Estudios*, el síntoma es manifestación de la enfermedad, y recordado el proceso ocasionador, desaparecía el efecto tras ceder la causa. Esta es la convicción médica de Freud. La causa de la enfermedad se relacionaba entonces a una situación donde el padre aparece como seductor, perverso, frente a la vivencia de indefensión pasiva. ¿Dónde situar el tambaleo? En el sorprendente hecho de que el trauma y la fantasía no se recubren, giro crucial que situamos en la Carta 69, posterior al *Proyecto*.

La fantasía rodea el trauma, un trauma que pone de relieve que inconsciente y sexualidad (el sexo) son incompatibles, y por ello toda sexualización es siempre prematura, haya o no habido un “padre perverso que seduzca”. El síntoma no será expresión del trauma, sino conclusión en tanto vacío, idea que ya encontramos en el Seminario sobre La angustia, donde el efecto no es el síntoma, que es resultado, sino el deseo que, por su parte, no tiene nada de efectuado y que mejor anda mientras la causa se encuentre ausente.

En su elaboración respecto al conocido caso Emma, Freud presenta al síntoma separado del símbolo. Ahora el símbolo es el vestido, que ya no es una manifestación, sino que se mantiene lo bastante alejado de cualquier lugar de indicación y sumergido en una temporalidad marcada por el efecto retardado. El trauma como tal no existiría sin el síntoma que retroactivamente lo constituye como traumático, y en tanto queda fuera de la escena, la ordena, operando como causa. Pero una causa particular, que no remite a ninguna realidad, porque está fundamentalmente perdida en el tiempo. De allí en adelante queda totalmente cuestionado que haya una realidad que ataña a la causa en un sentido lineal de encadenamiento de un hecho y su efecto, es decir, que haya una clínica propiamente dicha a la que nos remitimos al comienzo.

Freud pudo suspender tanto el algo de la realidad, como el alguien a quien remite el signo. Cuando esa suspensión no existe, es el

analista quien no la tolera – y quien se extravía en una clínica con todas las letras; Freud es ejemplar en ambos sentidos. Evidentemente, es un problema que sólo podemos situar en la transferencia, que es la vía por la que tanto Freud – que empezaba a hacer alboroto en la concepción clásica del signo sin saberlo – como Lacan – con su significante, en tanto tal no significa nada – reconocen lo propiamente analítico.

PARA CONCLUIR: CLÍNICA Y FREUD CON LACAN

La imposibilidad de homologar tan rápidamente analista y clínico – los dos personajes que representan esta tensión entre clínica y psicoanálisis – remite, del lado de nuestra práctica, a lo que la experiencia permite aprehender respecto a la transferencia y particularmente en relación a su fundamento transfenoménico, es decir, el Sujeto Supuesto Saber, lugar que en la estructura sostiene la condición de posibilidad de la transferencia. En definitiva, la causalidad en psicoanálisis agujerea el funcionamiento del signo, y por ello nos valemos del significante, porque aunque la causa no sea significante, es por el significante que podemos localizarla.

En la mecánica semiótica clásica de la clínica, la consustancialidad de la causa con el nexo que une al signo con el referente desempeña un papel que la praxis psicoanalítica deja vacante ya que no podemos sustancializar ese lugar vacío; recordemos el defasaje producido por Freud entre trauma y fantasía. El objeto a, invención de Lacan, que participa del cierre del inconsciente yendo al lugar vacío de la causa, tampoco nos permite suponer que eso sea posible por su naturaleza, imposible de objetivar.

“De acuerdo con este punto, el acercamiento clínico es irrelevante. No sólo porque reforzaría la transferencia en vez de analizarla, sino, sobre todo, porque no respetaría la naturaleza misma del signo como está planteado a lo largo del proceso analítico (...)”

La clínica literalmente se derrumba en el punto donde el analista es requerido a estar, a pararse y principalmente a no callar, sino a dar voz al silencio en medio del sentido que el construye o deja construir. Éste es precisamente el lugar donde Lacan lo redujo al objeto (a), que inventó parcialmente con este fin, y en el cual de momento concluiré”. (Le Gaufey, 2004, p. 264)

Podríamos concluir también aquí, ante el problema del objeto a como causa y del signo como afectado por ella en el nexo que, se espera como promesa, se establezca desde el lado del interpretante que es el alguien peirciano al cual nombramos Sujeto Supuesto Saber... Del cual el analista debe servirse pero estando dispuesto a vaciarlo en tanto no busca desentrañar la significación del signo ligada a ninguna realidad, ¿no implica esto, estrictamente, hacer otra cosa que clínica?

BIBLIOGRAFÍA

- Allouch, J. (1984) *Letra por letra. Traducir, transcribir, transliterar*. Buenos Aires: Edelp, 1993.
- Freud, S. (1893). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010.
- Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010.
- Foucault, M. (1963) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2014.
- Kuri, C. (2016). *Nada nos impide, nada nos obliga. De la contingencia en psicoanálisis*. Rosario: Nube Negra.
- Lacan, J. (1964) *Seminario 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Gaufey (s.f). *El Estado de Salud*. Recuperado de http://www.legaufey.fr/Textes/Attention_files/89.rtf
- Le Gaufey (2004). *¿Es el analista un clínico?*, en *Opacidades Revista de Psicoanálisis* n° 3. Buenos Aires: Cernedor.
- Ritvo, J. B. (2014). *El síntoma: ¿formación de la estructura o estructura de la formación?* Rosario: Co-lectora.