

# Clínica en transferencia y diagnóstico diferencial: debates actuales sobre las obsesiones en la Sra. G.

## *Clinic under transference and differential diagnosis: current debates on obsessions in Mme. G.*

Por Julia Martín<sup>1</sup>; María Inés Machado<sup>2</sup>; Martina, Fernández Raone Napolitano<sup>3</sup>; Lozano, Diana<sup>4</sup>

### RESUMEN

El presente artículo aborda la complejidad que plantea el diagnóstico diferencial en psicoanálisis, a partir de un caso mencionado en diversas ocasiones en la obra de Freud, considerado por él como “neurosis obsesiva grave”, cuestión que es objeto de debate de actualidad.

Para ello se pondrá en tensión la relación fenómeno-estructura considerando el problema de la dirección de la cura y la envoltura formal del síntoma. Se desarrollará la discusión contemporánea sobre las razones del fracaso de este tratamiento, así como el cuestionamiento del diagnóstico que se basa en diferentes hallazgos historiográficos, proponiéndolo como una melancolía. Se introducirá como novedad en dicho debate el carácter ineludible de la articulación entre la presentación del síntoma y la dimensión de la transferencia, que se produce en esta ocasión en una dirección de la cura de parte de Freud que contribuye al agravamiento del caso.

**Palabras clave:** Diagnóstico diferencial - Neurosis obsesiva - Melancolía - Transferencia

### ABSTRACT

This article approaches the complexity implied in differential diagnosis in psychoanalysis, by taking a case mentioned in diverse occasions in the work of Freud. This case was considered by him as a “serious obsessional neurosis”, affirmation that is object of current debates.

For this purpose, relationship phenomenon-structure will be put in tension with the problem of the direction of the cure and the formal envelope of the symptom. The contemporary discussion will be developed, taking into account the reasons of the failure of this treatment, as well as the questioning of the diagnosis that is based on different historiographic findings, proposing it as a melancholy. It will be introduced as newness in this debate the inescapable character of the joint between the presentation of the symptom and the dimension of the transference, produced in this occasion in a direction of the cure conducted by Freud that contributes to the worsening of the case.

**Keywords:** Differential diagnosis - Obsessional neurosis - Melancholia - Transference

<sup>1</sup>Licenciada y Profesora en Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Maestrando en Psicoanálisis, Universidad de Buenos Aires. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Adultos, Colegio de Psicólogos de la Provincia de Bs. As. Ayudante Diplomado Ordinario de la cátedra Psicopatología I e investigadora, Facultad de Psicología, U.N.L.P.

Ex residente y ex jefa de residentes de Psicología del H.I.G.A. Gral. San Martín. Psicóloga de carrera hospitalaria del Servicio de Salud Mental de dicho hospital. Ex rotante del Centre Hospitalier Sainte-Anne (París), Clinique Laborde (Blois), Centre Hospitalier CESAME (Angers) y Maison Verte (París). E-Mail: juliamartin17@gmail.com

<sup>2</sup>Licenciada y Profesora en Psicología de la UNLP. Docente e investigadora de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Ex residente de Psicología y ex becaria post-residencia de psicología en el H.Z.G.A. «Mario Larrain». Psicóloga de carrera hospitalaria de dicho hospital. E-Mail: mariainesmachado@hotmail.com

<sup>3</sup>Licenciada en Psicología. Doctorando en Psicología, UNLP. Realizando la Especialidad en Clínica Psicoanalítica con Adultos en la Facultad de Psicología de La Plata. Becaria Tipo A en Investigación de la UNLP. Ayudante Diplomada e investigadora en la Cátedra Psicopatología I. E-Mail: martinafer228@hotmail.com

<sup>4</sup>Licenciada y Profesora en Psicología, UNLP. Investigadora, Facultad de Psicología, UNLP. Realizando la Especialización en Clínica Psicoanalítica con Adultos, Facultad de Psicología, UNLP. Docente adjunta en la Cátedra Psicopatología I y en el Seminario Lecturas en Psicoanálisis, Facultad de Humanidades, UCALP. E-Mail: dianalozano74@hotmail.com

## Introducción

Existen diversas ocasiones en las que la clínica nos confronta con la complejidad de las relaciones entre síntoma y estructura, colocando en primer plano el problema del diagnóstico diferencial. En la actualidad, la gravedad y malignidad de algunas obsesiones han suscitado numerosos debates en el campo de la Psiquiatría y el Psicoanálisis al respecto. Nuestro trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación Acreditado del Programa de Incentivos “Estructura y función de las obsesiones en neurosis y psicosis” (Directora: Dra. Napolitano, Facultad de Psicología, UNLP).

A partir de recientes hallazgos de la historiografía, del uso de fuentes externas a la obra freudiana por parte de algunos psicoanalistas, y de las discusiones suscitadas en torno a estos descubrimientos, ponemos de relieve un caso mencionado en diversos momentos en la obra de Freud, conocido en la comunidad analítica como la Sra. G. y diagnosticado por él como neurosis obsesiva grave e incurable. Dicho diagnóstico ha sido cuestionado recientemente por ciertos autores en razón del encuentro con esta nueva información sobre la paciente.

Nos ha parecido pertinente analizar las relaciones entre el curso y el fracaso del tratamiento, la secuencia de la eclosión de los síntomas y la gravedad de la presentación clínica final de esta paciente. Recordaremos que se trata de un caso que ha servido de modelo ejemplar en la elaboración de la teoría psicoanalítica freudiana de la neurosis obsesiva. Nos preguntaremos al respecto: ¿es la dirección de la cura propuesta por Freud al intentar “reintegrar” las pulsiones al yo lo que produce el agravamiento de los síntomas de la paciente?, ¿son en realidad sus propios prejuicios los que en la relación transferencial impiden encontrar una función diferente a los síntomas de apariencia obsesiva? Por otro lado: ¿se habría equivocado Freud en el diagnóstico, desconociendo ciertos aspectos relevantes que adquieren una clara dimensión psicótica en su ulterior internación en una clínica psiquiátrica? Esto implica necesariamente tomar una posición respecto de los atolladeros del diagnóstico diferencial en psicoanálisis, así como resulta ineludible revisar la articulación entre la presentación del síntoma y sus relaciones con la transferencia y la interpretación en el curso del proceso analítico.

## Actualidad y relevancia del problema de las formas graves de las obsesiones

Partimos de la importancia que ha adquirido en los últimos años el abordaje de los obstáculos que plantean las denominadas por la Psiquiatría “formas malignas de la neurosis obsesiva”, cuyo estatuto es discutido por diversos autores de ese campo, en una orientación que relaciona obsesión y esquizofrenia de diversas maneras. Algunos aunque cuestionan la perspectiva que plantea un continuo dimensional transnosográfico entre ambos diagnósticos y enfatizan su distinción clínica (Toro Martí-

nez, 2008), lo hacen a partir de clasificaciones categoriales cada vez más finas que terminan resultando abstracciones y superposiciones nominales.

Estas formas graves de las obsesiones han originado numerosas publicaciones en la actualidad del campo psiquiátrico, pero también en el seno mismo del Psicoanálisis de diversas orientaciones. Desde hace varias décadas se ha suscitado un debate sobre las relaciones síntoma-estructura dentro de la problemática de la clínica diferencial, de importancia en la dirección de la cura. Se ha problematizado la posible continuidad estructural entre neurosis obsesiva y psicosis, tal como lo sostenían Abraham en los años ‘20 y más tarde Bouvet en los ‘50 (citado por Napolitano, 2010). Uno de los autores del campo psicoanalítico que se ha ocupado del problema de las relaciones entre síntomas obsesivos y psicosis es Green quien hace referencia a una noción clásica, la sintomatología obsesiva como modo de comienzo de una esquizofrenia. En estos casos, el autor considera que el Yo ha agotado su facultad de protección contra el delirio o la alucinación (citado por Napolitano, 2010). Esta deriva es explicada de acuerdo a las tesis de Klein. Se trata de la coexistencia de síntomas de la serie obsesiva y síntomas de la serie esquizofrénica en un mismo paciente, que configuran los cuadros descriptos como neurosis obsesivas malignas, esquizofrenia pseudo-neurótica, o esquizofrenia de forma obsesiva (citado por Napolitano, 2010). Bécache y Bergeret, con una perspectiva discontinuista y categorial, consideran que desde el punto de vista económico es necesario plantear una radical e irreductible diferencia estructural entre neurosis obsesiva y psicosis, a pesar de que clínica y dinámicamente la estructura obsesiva se encuentra en gran proximidad de las estructuras psicóticas tanto esquizofrénica como paranoides y maníaco-depresivas. Sin embargo, reconocen que existen posibilidades de pasaje y de continuidad entre neurosis y psicosis a nivel de los denominados “estados límites” de forma obsesiva que utilizan diversos mecanismos obsesivos, síntomas, defensas o rasgos de carácter sin constituir una verdadera estructura obsesiva (citado por Napolitano, 2010).

La enseñanza de Lacan nos introduce en otra perspectiva sobre el síntoma, atenta a su función y estructura, donde el diagnóstico diferencial continúa siendo operativo aún en el marco de lo que se ha dado en llamar “clínica continuista” (Napolitano, 2010, 361). Las discusiones sobre los casos raros o “inclasificables” (Miller y otros, 1997, 1999), entre otras, van en el sentido de dilucidar las consecuencias del nuevo horizonte que ha abierto la última enseñanza de Lacan en lo que respecta a una clínica de la psicosis y la neurosis orientada por las suplencias, cuestión que de ningún modo supone considerar un salto estructural o pasaje posible, sino más bien contribuye en afinar los operadores diagnósticos de los casos denominados “raros”, “difíciles”, “problemáticos”. En ese sentido Serge Cottet (2007) señala la función de suplencia que puede tener un síntoma obsesivo en una psicosis sin desencadenar, por lo que concluye que son el sentido y la función del síntoma los que deciden la estruc-

tura y no la mera observación de la conducta.

En el centro de estos debates, destacamos la coincidencia del interés que ponen en evidencia varios trabajos que han aparecido en los últimos años y en publicaciones más recientes sobre un caso freudiano de neurosis obsesiva que por un lado se presenta como un fracaso del tratamiento, con una culminación muy grave, y por otro, ha sido utilizado en varios textos freudianos como modelo ejemplar en el progreso de la elaboración teórica de la estructura de la neurosis obsesiva y de una de las fases del desarrollo libidinal (Falzeder, 1994; Gougoulis, 1999; Fiori, 2008, 2014; Martin y otros, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b).

Como ya lo hemos señalado, se trata de una paciente tratada por Freud, que adquirió una gran importancia para la elaboración teórica de la neurosis obsesiva y la problemática de la segunda tópica. La investigación historiográfica que ha utilizado otras fuentes además de los artículos de Freud, ha considerado el papel que ha jugado la posición analítica de Freud en la dirección de la cura como formando parte esencial en la secuencia fallida de intervención del síntoma (Gougoulis, 1999). Esto último ha conducido a algunos autores, como lo desarrollaremos más adelante en este artículo, a enfatizar los factores internos al proceso analítico en el devenir del caso, sin cuestionar el diagnóstico de neurosis obsesiva (Falzeder, 1994). En una dirección diferente, y usando la referencia de nuevos documentos que completan el caso, otros autores se centran en el carácter atípico de la clínica que se pone de manifiesto en la historia y tratamiento de la paciente, lo que les permite revisar el diagnóstico de neurosis obsesiva y concluir que se trata en realidad de una estructura subjetiva psicótica, lo que explicaría el fracaso de la cura freudiana (Fiori, 2008, 2014; Martin y otros, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b).

Nuestro trabajo reconstruye el caso, mencionado en los diversos artículos y en otras fuentes como Sra. H., Sra. C., Mme C., Sra. G., Frau Gi, Frau C., C., Gi, H., “la mujer de la profecía” o “la dama de los alfileres”. Esta reconstrucción la realizaremos a partir de los textos freudianos y de los desarrollos de autores que han trabajado la temática: Falzeder (1994), Gougoulis (1999), Fiori (2008-2014) y nuestra propia investigación (2010-2014). Pondremos a dialogar las diferentes perspectivas con las que se ha analizado, necesariamente parciales, para proponer una articulación que considere las particularidades de la construcción del diagnóstico en Psicoanálisis y sus relaciones con la dirección de la cura. Es decir, en lo que denominamos un *retorno a Lacan en su lectura de Freud*, destacaremos que se trata de una clínica en transferencia, en la que la interpretación no puede dejar de tener incidencias en la permanencia o modificaciones del síntoma, dimensión que no puede ser eludida cuando se trata de investigaciones historiográficas que conciernen al psicoanálisis.

### Construcción del caso de la Sra. G.

El nombre original de la paciente es Elfriede Hirschfeld, puesto a la luz por Falzeder. Se la puede encontrar bajo diferentes “seudónimos” en los distintos textos de Freud y en la correspondencia que mantenía con sus discípulos. Fue tratada no sólo por Freud sino por Janet, Jung, Pfister y Binswanger, y por estos tres últimos a partir de derivaciones del mismo Freud. Freud la analizó entre los años 1908 y 1914 y estuvo internada en el establecimiento de Binswanger entre los años 1915 y 1922. La llamaremos en adelante Sra. G., a fines de mantener una referencia estable. Lo siguiente es una síntesis de la reconstrucción del caso ya realizada (Martin y otros, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b) y está basada fundamentalmente en el modo en que aparece en los textos de la obra freudiana.

La Sra. G. llega a Freud a sus 37 o 38 años presentando una grave neurosis obsesiva desencadenada a sus 28 años. Freud lo considera un caso de excepción en relación con la regla de que la elección de la neurosis es totalmente independiente del acontecimiento vivido. En este sentido se centra en la cuestión del cambio padecido por la paciente, quien inicialmente presentó una histeria de angustia, y más tarde, síntomas obsesivos. Efectivamente, la Sra. G. presentaba una penosa compulsión a lavarse y a la limpieza en general, y graves reproches derivados de supuestas mentiras que databan de su infancia, a los que daba crédito (Freud, 1913a). A esto se le sumaba el miedo a que pudiera ocurrir una desgracia, lo que la hacía en ocasiones intenta anular sus propias acciones, por ejemplo, convencía al marido de no tomar el tren que ella misma le había indicado (Freud, Comunicación personal a Ferenczi, 3 de enero de 1911).

La mujer se había casado a los 19 años con un hombre mayor y con una gran fortuna, cumpliendo según el maestro vienés con la fantasía desiderativa de ayudar al padre y salvarlo de la miseria económica. La madre, mayor que el padre, era una mujer poco amable; el padre se dedicaba mucho a sus hijas aunque, por otro lado, no lograba mantener a la familia sino con la ayuda de sus parientes.

Su síntoma más llamativo al momento de la consulta con Freud consistía en que al acostarse en la cama debía prender (*Anstecken*) sus sábanas a las mantas con alfileres de gancho; traducía así el secreto del contagio o infección (*Ansteckung*) del marido, que la había condenado a no tener hijos por infertilidad. Coyuntura de eclosión ante la que, sitúa Freud, ella enfermara. Durante un tiempo se defiende contra distintas tentaciones de infidelidad por medio de la histeria de angustia, que Freud describe como “desazón”; pero luego se produce un vuelco a graves acciones compulsivas. Freud sitúa que, con anterioridad a esta mudanza, un encuentro sexual fallido -producto de la impotencia transitoria del marido- ocasionó como resultado que “la mujer lo creyó aquejado de impotencia permanente y produjo los primeros síntomas obsesivos la víspera de su esperado regreso” (Freud, 1913c, 340). Entre ellos, en una carta a Jung, menciona una conducta que si

bien no la considerará en lo sucesivo, es destacable: “¡por la noche se pincha con agujas para ser inviábiles los genitales!” (Freud, Comunicación personal a Jung, 29 de noviembre de 1908). También describirá una serie de medidas protectoras, de extrema energía, frente a dañinas influencias que otros tendrían, devenidas luego de la frustración sufrida.

Es después de diez años de enfermedad y de una internación que llega a Freud, quien aborda el caso a la luz de la trama edípica orientando en esta perspectiva su interpretación: frustrada por no poder tener hijos del padre, identificada a la madre en ese lugar, desea la muerte de su marido. Pero las expectativas terapéuticas del padre del psicoanálisis no se cumplen, ya que a pesar de confrontar a la paciente con esta verdad, no se alcanza el resultado esperado.

Sin embargo, el caso plantea cuestiones teóricas que despiertan el interés de Freud: ¿por qué se ha producido esta “insólita mudanza” en la sintomatología? Para responder a esta pregunta le será necesario complejizar a partir del caso ciertos desarrollos previos. La aparición tardía de la sintomatología obsesiva lo conduce a introducir una nueva pieza en su teoría libidinal: la etapa sádico anal, que desplegará en “Predisposición a la neurosis obsesiva” (Freud, 1913c) donde intenta avanzar en el problema de la elección de la neurosis, en el debate abierto sobre la parte que le toca al acontecimiento y a la constitución sexual en la determinación de la forma de la neurosis.

Ahora bien, entre ambas formas de la neurosis la paciente ubicará otro episodio, relatado a Freud cinco años después de iniciado el análisis y sucedido en la época de su incipiente desazón. En París tuvo un encuentro fortuito con un famoso adivino, quien le profetizó que a los 32 años tendría dos hijos. Frente a la observación de Freud de que el término de la profecía ya había vencido ocho años atrás, la paciente continuaba hablando de ella como si recordara un acontecimiento gozoso. ¿Cuál ha sido la significación del convencimiento que manifiesta en una profecía que se ha demostrado falsa, pero cuyo recuerdo provoca sin embargo una satisfacción que denuncia la permanencia de la creencia en la posibilidad del cumplimiento de un deseo tan esperado?

En los años posteriores, a pesar de no atender más a la paciente y tener noticia de la pérdida de su proceso vital, del agravamiento de sus padecimientos (Freud, Comunicación personal a Pfister, 25 de julio de 1922), constituye una referencia para la reformulación de conceptos de la teoría que dieron lugar al gran giro de los años '20. En “Inhibición, síntoma y angustia” (Freud, 1926) alude a la paciente al retomar su pregunta por la elección de la neurosis, subrayando como un factor decisivo al factor constitucional: la débil organización genital de la libido. Esta condición obligará la regresión a la etapa sádico-anal con la consecutiva desmezcla pulsional que le permitirá explicar metapsicológicamente el enfático sesgo cruel y sádico que adquiere el superyó en la neurosis obsesiva. En este sentido, resulta clave para pensar la necesidad de castigo y el concepto de masoquismo, siendo uno de los casos que tomará para arribar a las

conclusiones de “Pegan a un niño” (Freud, 1919a).

En los últimos años de su obra, el caso es tomado por Freud retomando la escena con el adivino, para profundizar en temas de ocultismo y telepatía articulados según él a la eficacia del inconsciente, en artículos como “Psicoanálisis y telepatía” (1921), “Conferencia 30: “Sueño y ocultismo” (1932) y “Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto” (1925). En este último Freud, describe a la profecía del adivino ya mencionada como un pensamiento de la mujer transmitido en una experiencia de inconsciente a inconsciente. (Freud, 1925, 139)

En suma, la Sra. G. ha sido clave en las transformaciones centrales del último tramo de la obra freudiana: por una parte modificando su concepción de la neurosis obsesiva agregando la regresión al estadio sádico-anal con la consecuente desmezcla pulsional y severidad sádica del superyó, por otro lado acompañando al incremento del pesimismo freudiano sobre la cura en ciertos casos de neurosis obsesiva, subrayando las resistencias a la misma, gobernadas por la pulsión de muerte, especialmente la reacción terapéutica negativa.

### La perspectiva historiográfica

El caso de la Sra. G. fue objeto de particular interés para los historiadores del psicoanálisis. Recordemos que las diferentes perspectivas historiográficas se han ocupado de la lectura de los hechos históricos y del contexto de descubrimiento y de aplicación de un campo de conocimiento, en el caso del psicoanálisis esta disciplina ha dirigido su interés hacia la figura de Freud y la construcción de un nuevo método terapéutico. Interés no sólo por las formas en cómo este último ha fundado una nueva manera de formalizar, analizar y conceptualizar los hechos psicopatológicos conformando una nueva clínica, sino también hacia determinadas cuestiones vinculadas a la identidad de los pacientes mencionados, siendo discutido en algunas ocasiones hasta el mismo diagnóstico propuesto por Freud, como el famoso caso del Hombre de los Lobos.

Dentro de los historiadores del psicoanálisis y que específicamente concentraron su atención en el caso de la Sra G. destacaremos dos de ellos: Ernst Falzeder (1994) y Nicolas Gougoulis (1999) quienes tomaron como fuente primaria los textos de Freud y las cartas de este último con sus discípulos, especialmente la correspondencia entre Freud y Binswanger. Mientras el primero fue el que reveló la identidad de la paciente, reconstruyendo el caso de modo inédito, el segundo cuestionó el diagnóstico de neurosis obsesiva “de la especie más grave” (Freud, Comunicación personal a Binswanger, 24 de abril de 1915), postulando un diferente tipo clínico de acuerdo a las categorías del psicoanálisis americano (Gougoulis, 1999). Desde una perspectiva diferente, el psicoanálisis de orientación lacaniana, René Fiori (2008, 2014) realizará un exhaustivo análisis del caso desde un punto de vista diagnóstico, utilizando nuevas fuentes, desconocidas hasta ahora: los archivos de la institución psiquiátrica Bellevue en la que estuvo internada la paciente bajo la

dirección de Binswanger, a donde fuera derivada por el mismo Freud. Fiori se basa sobre todo en las descripciones de las enfermeras y médicos que la atendieron durante su internación registradas en su historia clínica. Estas fuentes serán un hallazgo de importancia conjuntamente con una relectura de los trabajos y correspondencia de Freud. Debemos agregar que Fiori no alude al problema principal al que sí se refieren ambos historiadores desde sus perspectivas -Falzeder sobre la contratransferencia de Freud, y Gougoulis la importancia del caso en la elaboración teórica de Freud- sino que se detiene más bien en la fenomenología del síntoma y sus relaciones con la posición subjetiva de la paciente y la estructura, lo cual la ubica dentro del campo de las psicosis melancólica.

### La hipótesis del “olvido” freudiano

El caso de Elfriede Hirschfeld no fue elevado al estatus de historial por parte de Freud a pesar de su gran importancia desde el punto de vista teórico, técnico y clínico. Retomamos el interrogante sobre por qué ha sido necesario el trabajo minucioso de un historiador para que, después de 55 años, puedan unificarse las viñetas clínicas dispersas en la obra freudiana dando lugar al reconocimiento de la paciente en cuestión, considerando lo fundamental de su aporte a la elaboración de la teoría analítica.

Falzeder no especifica los motivos que puedan dar cuenta de las razones por las que Freud optó por no formalizar este caso a través de la redacción de un historial con coordenadas precisas. No obstante, expone dos elementos fundamentales que nos son útiles a tal efecto. Por un lado, la insistencia de Freud en el patente fracaso del tratamiento, y, por el otro, la injerencia de la llamada “contratransferencia”, así definida por Freud (Comunicación personal, a Jung, 31 de diciembre de 1911).

Los atolladeros con los cuales Freud se enfrentó en el curso de la cura con la Sra G fueron varios y continuos, los cuales él mismo subrayó por medio de la correspondencia que mantenía con sus discípulos en la época en la cual la Sra. G. aún se hallaba en tratamiento con él (Freud, 1909-1911). Pero nos preguntamos hasta qué punto ésta pudo haber sido la razón principal para que no expusiera el caso en algún escrito otorgándole un lugar más relevante que simplemente citarlo sin precisión en los diferentes artículos redactados a lo largo de su obra. No debemos olvidar que muchos casos en los cuales Freud encontró obstáculos para la continuación del tratamiento fueron sin embargo publicados. El fracaso terapéutico no parece haber sido un obstáculo para la formalización en un escrito, excepto que este caso exacerbaba en la singularidad de la relación transferencial ciertas resistencias. Nuevamente el material epistolar nos otorga alguna pista.

Ya desde los primeros encuentros con la paciente el psicoanalista vienés insistía en la gravedad de su neurosis obsesiva, la cual, según él, sólo lentamente podría modificarse, siendo una paciente “dura de pelar” (Freud, Comunicación personal a Jung, 29 de noviembre de 1908). Más adelante, se mostrará escéptico con respecto a una posible

futura mejoría, destacando que la paciente se hallaba “más allá de toda posibilidad terapéutica, pero está obligada a sacrificarse a la ciencia” (Freud, Comunicación personal a Jung, 17 de diciembre de 1911). ¿Primacía del avance de la ciencia, del progreso de la teoría y también, a partir de repetidos ensayos frustrados, de la técnica por sobre los objetivos terapéuticos? Insistamos en que durante los ocho años que prosiguió la cura (1908-1914), Freud redactó la mayoría de los artículos concernientes a la técnica analítica, sin obtener concretos avances en materia terapéutica, lo que parece confirmar el predominio de su interés científico por sobre el terapéutico en este caso. Finalmente, ya casi en la recta final del tratamiento con la paciente, escribe a Binswanger que la Sra. G. es “incurable” (Freud comunicación personal a Binswanger, 24 de abril de 1915), abdicando de toda tentativa por proseguir el tratamiento con él, sin abandonarla como referencia para sus elaboraciones teóricas posteriores.

Por otra parte, la cuestión de la contratransferencia ha sido contemplada junto con Falzeder, por otros autores (Gougoulis, 1999; Martín-Cabré, 1998). Este caso les resulta paradigmático con respecto a este fenómeno. Falzeder señala la importancia del mismo en el tratamiento con Elfriede Hirschfeld. La implicación afectiva por parte del analista es destacada por los historiadores del caso, cuestión que consideramos como un posible factor que ha favorecido en la ausencia de publicación y formalización del caso como historial.

### El estatuto del caso

En primer lugar, Falzeder cataloga al de la Sra. G como uno de los “casos clásicos” freudianos (Falzeder, 1997, 1266) que podría ubicarse en la misma serie que el caso Dora o el del Hombre de los Lobos. Gougoulis (1999), por su parte, desestima este planteo, considerando Freud no buscaba un objetivo expositivo o didáctico como en aquellos sino que su valor reside en su importancia histórica por haberle posibilitado al mismo Freud un “momento fecundo” (Gougoulis, 1999, 207) en la teorización del psicoanálisis. En un diálogo epistolar entre ambos historiadores, Falzeder concede a Gougoulis este señalamiento y propone apelar al caso como un “caso referencia” (Gougoulis, 1999, 211). Finalmente, desde otra perspectiva, el psicoanálisis lacaniano, Fiori (2008) nombra el artículo en el que retoma el análisis del caso como “El sexto análisis de Freud” (Fiori, 2008, 185), coincidiendo en otorgarle este estatuto con Falzeder. En nuestra opinión, nos parece más indicado acentuar su carácter de referencia, como tanto Gougoulis y luego Falzeder precisan. No obstante, no nos parece arriesgado pensar en la posibilidad de acuñar el sintagma *caso problema* para un caso clínico tan controversial como el presente. Recordemos que un problema puede ser definido como una cuestión o punto discutible que se intenta resolver, como una situación de difícil solución, como dificultades de orden personal o afectivo así como una proposición dirigida a averiguar el modo de obtener un resultado cuando ciertos datos

son conocidos. Pues bien, el caso de la Sra. G. bascula entre estos diversos aspectos del término problema, por la complejidad que implicó para Freud, por la trascendencia respecto a la conceptualización teórico-clínica de la neurosis obsesiva y por los debates que ha suscitado y que hoy reclaman su vigencia: la posición de Freud como analista, los avatares de la cura, el agravamiento sintomático por parte de la paciente, el cuestionamiento del diagnóstico y otras temáticas que siguen emergiendo de un caso del cual el mismo Freud profirió “en suma, no se terminará de hablar de ella” (Freud, Comunicación personal a Binswanger, 24 de Abril de 1915).

### El aporte de la historiografía a la definición del diagnóstico

Desde la perspectiva historiográfica este caso problemático también ha sido abordado por la dificultad en su diagnóstico al punto de homologarlo al caso del “hombre de los lobos”. Gougoulis lo define como la “pendiente femenina del hombre de los lobos” (Gougoulis, 1999, 210). Mientras Falzeder no cuestiona la categoría de neurosis obsesiva que Freud siempre adjudicó a la paciente, Gougoulis se inclina por definirla como un caso “borderline o esquizofrénica pseudoneurótica” donde el valor de sus síntomas no son el retorno de lo reprimido sino una defensa frente a un desencadenamiento psicótico” (Gougoulis, 1999, 208). Esta cuestión será posteriormente retomada por Fiori (2008, 2014), concentrándose en el tipo de estructura subjetiva de la paciente e inclinándose por considerarla una psicosis melancólica.

Por lo tanto, podemos situar que los hallazgos historiográficos han tenido el valor de posibilitar el debate clínico sobre la articulación fenómeno-estructura. Pero al mismo tiempo subrayamos la importancia de una concepción de la historia no vinculada a la mera crónica sino organizada por operadores lógicos. No se trata de desoír las fuentes que se agregan a la obra freudiana, sino que proponemos que dichas fuentes no desplacen a la misma de la referencia central.

Por lo tanto, sostenemos el necesario retorno al texto freudiano, lo cual implica situar los usos del caso en el contexto de producción teórica correspondiente, así como volver al detalle de la envoltura formal del síntoma en sus relaciones con la transferencia, tal como Lacan enseña con su análisis del caso Dora, para desarrollar nuestras hipótesis sobre el caso. A esta última dimensión consideramos ineludible en Psicoanálisis e implica que el estatuto de verdad en nuestro campo se desplaza del hecho fáctico -una supuesta verdad última- a la posibilidad de situar la posición de un sujeto en la tensión de las categorías universal, particular y singular.

### Discusiones psicopatológicas

Si bien el caso aparece mencionado la mayoría de las veces en artículos correspondientes a una etapa precisa en la obra freudiana (1909-1916), ni su gravedad, ni la

falta de respuesta terapéutica al tratamiento, ni los cambios conceptuales que sobrevinieron en los años '20, hicieron que Freud cuestionara el diagnóstico de “neurosis obsesiva”. Nos hemos preguntado en nuestra investigación las razones de ello y las implicancias de esto en la presentación final de la paciente (Martin y otros, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b). Presentaremos sucintamente nuestras ideas.

### Contribuciones al debate

El tiempo que Freud atiende a la Sra. G. (1908-14) se corresponde con un interés marcado por presentar síntomas obsesivos en mujeres, con el fin de descentrar a la inaugural histeria en sus desarrollos teóricos.

En este momento, sus nuevas elaboraciones en torno a la pulsión, al narcisismo y consecuentemente a la técnica, convierten a la transferencia en un elemento central a la hora de precisar el diagnóstico y la eficacia del tratamiento psicoanalítico. En “Introducción al Narcisismo” (Freud, 1914) la postula como el criterio terapéutico que determina su nosografía: neurosis de transferencia vs neurosis narcisistas. En este marco de la teoría libidinal, deducimos que la Sra. G. nunca podría haber sido diagnosticada por Freud como una melancolía, en tanto no tenía dudas del establecimiento de un lazo libidinal con él, insoportable, pero real. La Sra. G. se encomienda a Freud en una paradójica relación donde el saber aportado por él no tenía efecto apaciguador, aunque sí su presencia, como lo manifiesta en numerosas ocasiones. El estatuto de la dependencia de la Sra. G. respecto de Freud puede orientar tal vez en la disquisición diagnóstica.

El escollo acerca de la estructura que corresponde a la melancolía prosigue en la nosografía freudiana. Cabe recordar que en “Neurosis y psicosis” ya con la segunda tópicamente introducida, diferenciará las psicosis de las neurosis narcisistas, elevando a la melancolía a paradigma de estas últimas. En ellas el conflicto se juega entre el yo y superyó, presentado un yo altamente afectado (Freud, 1924). Es interesante subrayar que en desarrollos últimos como en la “Conferencia 34” (1933) y “Análisis terminable e interminable” (1937) Freud señala que una fuerte alteración del yo es uno de los factores que imprimen gravedad e incurabilidad a una neurosis. La consideración sostenida del caso de la Sra. G. como neurosis grave e incurable nos permite leer que Freud había evaluado un yo altamente sometido a un devastador efecto superyoico, con poca plasticidad pulsional para la transferencia cuyo revés era un lazo de dependencia poco conducente. Cabe preguntarse cómo puede formalizarse la alteración de ese yo, si resulta de una identificación narcisista con el objeto perdido tal como ocurre en la melancolía, o inhibido en su voluntad por las exigencias de ello y superyó, considerando los términos que Freud utiliza en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926, 112-113).

En este punto nos esclarecen los desarrollos freudianos realizados en “El Yo y el ello” (Freud, 1923) donde contribuye al diagnóstico diferencial entre neurosis

obsesiva y melancolía al tomar en cuenta la posición subjetiva frente a los reproches producidos en ambas por la intervención del superyó. Allí donde el obsesivo se siente culpable, señala Freud, pero no se reconoce como tal efectivamente, el melancólico sí da crédito al reproche, resultando el yo comprometido en su estructura. En el caso que nos ocupa, como Freud lo describe en “Dos mentiras infantiles” (1913a), la paciente da crédito a los reproches que databan de su infancia y que predominan en los tiempos de su enfermedad tal como Freud dirá que sucede en la melancolía.

Pero sigamos tensando la cuestión diagnóstica. Tomemos la acción que describe en “Un sueño como pieza probatoria” (Freud, 1913b): la mujer reclama un híper control y vigilancia constante para no empezar a dudar acerca de si ha cometido alguna acción prohibida. Sabemos que la duda no es patrimonio exclusivo de la obsesión. Lo que es importante destacar es que en la Sra. G. la posición subjetiva de culpabilidad es asumida sin revuelta contra ella. En esta misma línea, como hemos visto, en el temor de contagio al médico descrito por los archivos de Binswanger se *experimenta* impura. El contenido de la idea de haber matado a alguien, de la cual tiene miedo, es tratado con un procedimiento en el cual también se asume culpable y capaz de cometer un crimen, por lo que reclama una vigilancia permanente. Entonces, en relación con su posición frente a su propia peligrosidad, tampoco hay revuelta; la duda recae sobre el acacimientode su acción, pero no sobre la experiencia de su peligrosidad e impureza. El recurso a la mirada permanente del Otro en lo real parece ser un recurso ante esta posición de asunción de peligrosidad, esta certeza en la experiencia, como los clásicos, particularmente Séglas (1894) ha descrito que sucede en la melancolía.

Por lo tanto, hay continuidad entre las presentaciones iniciales de la paciente y este sentimiento de impureza que llega a un límite tal de no querer contactarse con el médico por temor a contagiarlo, delirio de insignificancia al que alude Freud en “Duelo y melancolía” (Freud, 1917) como producto del rebajamiento del sentimiento de sí. Pero, como afirma Soler, “la postulación de culpa que llega hasta el delirio de indignidad es ya una elaboración de estos fenómenos primarios de la enfermedad” (1989, 88) Es decir, la melancolía sin delirio aparece de esta manera como una pura inhibición siendo la culpabilidad un tratamiento de ella.

En esta misma línea, Maleval (2002) escoge un caso de una paciente psicótica donde al mismo tiempo que hay obsesiones, hay una revuelta contra ellas, al modo de la lucha ansiosa razón por la que decide consultar para desembarazarse de ellas. Esta paciente presenta rumiaciones mórbidas y rezos, y se encuentra paralizada por la duda; es decir, la duda no constituye aquí un elemento diagnóstico que separe la estructura de la psicosis de la neurosis. Maleval encuentra que la inconsistencia de su ser, incapaz de tomar la más mínima iniciativa, similar a lo que Freud describe respecto de la Sra. G. y constatada en las descripciones de la Clínica de Binswanger, revela una falla en la “juntura más íntima del sentimiento de la vida”

(2002, 210), testigo de una carencia radical del falo simbólico que indica en ella la estructura psicótica; encuentra remedio a esta falla de una forma obsesiva.

En el mismo sentido, F. y R. Sauvagnat (1998) proponen entender los intentos e ideas de suicidio en la melancolía, como tentativas de poner fin a lo que es insostenible, esa inhibición vital que los autores califican de un “auténtico retorno en lo real” (1998, 469). Retoman para ello los desarrollos de Gebattel sobre la distinción entre “muerte inmanente a la vida” y “muerte trascendente a la vida”, siendo esta última experimentada por los melancólicos como una fuerza exterior que sale al encuentro con la vida para destruirla y donde los “síntomas obsesivos pueden ser una manera de forzar que transcurra el tiempo” (1998, 467), tiempo enlentecido en estas presentaciones. Recordemos que según cita Fiori de los registros de la Clínica de Binswanger, la Sra. G. expresaba no tener ninguna esperanza y sentirse mal por no pasar al acto, a pesar de las ideas de suicidio que la invadían, lo que la dejaba sufriendo más que nadie, según sus palabras, mientras mantenía religiosamente sus rituales de lavado.

Desde esta perspectiva, nos detendremos en nuestra hipótesis sobre la función de las obsesiones en el caso de la Sra. G.

### Estructura y función de las obsesiones

Teniendo en cuenta estos antecedentes, podemos establecer la siguiente secuencia. Considerando que la pérdida de la que se trata en el duelo y en la melancolía no siempre es la de un partenaire, ya que el duelo suele ser una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, un ideal (Freud, 1917, 241), la pérdida en la Sra. G., según lo que hemos visto, parece localizarse en relación con esta última vertiente, la del Ideal del Yo: el ideal de ser madre. Recordemos al respecto que tanto Freud como Lacan, han subrayado la peculiar relación entre la sexualidad femenina y las vicisitudes del falo en la lógica del ser y tener aunque con sus diferencias: Freud postulaba la solución de los problemas de la sexualidad femenina por la vía del enamoramiento y la maternidad, mientras que Lacan señalaba lo problemático del tratamiento del vacío que supone lo femenino en la estructura más allá de la lógica fálica.

Como hipótesis nos ha parecido que esta caída del ideal frente a la coyuntura de infertilidad del marido tuvo como correlato subjetivo una desazón inquebrantable, con efectos económicos duraderos, en tanto Freud indicará que a partir de allí la vida sexual de la paciente nunca volvió a ser la misma (Martin y otros, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b). El encuentro con el adivino restablece un funcionamiento parcial de ese ideal, en la forma de un decir profético devenido del Otro que ubica este anhelo asintóticamente, aun cuando Freud la confronta con lo desactualizado de esta realización. Secundariamente aparecen los síntomas obsesivos, previo al encuentro con su marido luego de un viaje, donde lo cree impotente. En este aspecto, no dejamos de encontrar coincidencia con

nuestra hipótesis en un texto más reciente de Fiori (2014).

Otro fenómeno de importancia es el comportamiento de los alfileres que Freud relata en sus correspondencias: la paciente se pincha los genitales para hacerlos inviables. Esta conducta automutilatoria nos indica la injerencia en lo real del cuerpo que vuelve imposible el encuentro sexual al no poder mediar más el ideal de maternidad que hacía las veces de ordenador de las relaciones con el Otro sexo. ¿Se vuelve ella entonces un ser indigno ante la imposibilidad de tener un hijo, la contracara del ideal? ¿Podríamos vincular esta identificación con el resto degradado con la alteración del yo frente a la que nos encontramos en su final? ¿Qué función adquieren las obsesiones aparecidas en un segundo tiempo, cuando se enfrenta con la impotencia de su marido?

Resulta difícil argumentar una función del síntoma en relación con la estrategia de deseo en juego para la neurosis, así como las marcas de un retorno de lo reprimido, en principio porque mucho del material clínico está teñido de las interpretaciones que Freud le hace a la paciente; falta el decir de la misma, el cual sí en cambio aparece mucho más en otros historiales tales como Dora o el Hombre de las Ratas. El único elemento que tiene continuidad entre lo narrado por Freud en su obra y los registros de la clínica de Binswanger que toma Fiori es la posición de culpabilidad a la que la paciente da crédito y que para el mismo Freud es el rasgo distintivo de la melancolía respecto de la neurosis obsesiva. Esto desde lo descripto en “Dos mentiras infantiles” (1913a) hasta el “estar pegada a la cama” en la clínica de Binswanger, y necesitar vigilancia, conducta de la que Freud ya tenía noticias en 1913. Este singular detalle clínico es orientador para proseguir investigando.

A nuestro entender, las obsesiones intentarían purificar el sentimiento de impureza que la paciente experimenta. Asimismo, su contenido, la posibilidad de haber matado a un niño, o contagiar a alguien de su impureza, incluso el acto de hacerse inviables los genitales, parecen ser un retorno que señala que ante la imposibilidad de tener hijos, responde un puro y simple agujero que es tratado de una forma obsesiva, con una subjetivación forzada de la falta. Aquí es donde volvemos al texto freudiano para localizar la coyuntura de aparición de los síntomas: entre la profunda desazón acaecida por la maternidad frustrada, y un posible nuevo encuentro sexual con su marido.

Pero más allá de localizar la función del síntoma, y como se trata de una clínica en transferencia, reintroducimos esta dimensión: colocado en el lugar del amo, las interpretaciones explicativas de Freud refuerzan la culpabilidad de la Sra. G. como posición subjetiva, y aquí es donde se evidencia que el problema del diagnóstico no deja de estar teñido de una dirección de la cura centrada en “hacer consciente lo inconsciente”, en el registro de dar sentido pleno a los síntomas, dirección que condujo sin dudas a una melancolización. Este aspecto puede observarse en la anticipación con la que Freud introdujo las coordenadas inconscientes que regían a la paciente, así como también en sus reiterados intentos de hacerla

aceptar dichos supuestos: Freud le señalaba todo el tiempo a la Sra. G. que se agitaba con impulsos de venganza y de muerte contra el marido, traducción del cifrado de los síntomas obsesivos. A esto se sumaba el interés epistémico que le suscitaba la paciente, ubicada de este modo como objeto de la ciencia psicoanalítica y contribuyendo a su progreso.

La interpretación concebida por Freud en tanto tentativa de simbolización de lo insimbolizable a partir de un saber, el del corpus teórico psicoanalítico, tiene como consecuencia en este caso que quede suprimida la singularidad del decir de la paciente. A pesar del lazo que la paciente logra establecer con el psicoanálisis, no pudimos detectar en los fragmentos del caso el pasaje de un síntoma padecido a un síntoma relatado, con la rectificación subjetiva que conlleva la iniciación del tratamiento. Difícil entonces resulta pensar que la paciente pudiera, en los años que duró el tratamiento, modificar tanto sus síntomas como su posición subjetiva.

Lacan, por su parte, nos advierte que una dirección de la cura conducida en términos imaginarios, lo que él llama “análisis objetivado”, puede llevar a una depresión. En el Seminario II, Lacan toma un caso clínico de Fairbairn para analizar este problema; conducir un análisis a reintegrar las pulsiones al yo puede producir una crisis de depresión con sentimientos de culpabilidad. Agrega asimismo: “Uno de los secretos resortes del fracaso en las curas de obsesivos es la idea de que tras la neurosis obsesiva hay una psicosis latente. No ha de sorprender que se llegue entonces a disociaciones larvadas, y que se sustituya la neurosis obsesiva por depresiones periódicas y aun por una orientación mental hipocondríaca” (Lacan, 1955, 406).

No es una novedad localizar que muchas veces Freud dirige la cura en términos imaginarios, casi educativos a pesar de pregonar los fines no educativos del psicoanálisis (Freud, 1919b, 160). Como amo de la verdad está interesado en que la paciente “entienda”, “comprenda” “acepte” la verdad que él tiene para revelar, cuestión que la joven desestima y que, como en el Hombre de las Ratas, este intento de “convencimiento” genera contragolpes agresivos. Cottet (1982) señala que más allá de este furor educativo el principal motor, y también obstáculo, en los progresos de la cura y la teoría es el deseo freudiano; ubicado por Lacan como el pecado original del psicoanálisis, aquello no analizado en Freud y que lo lleva a señalar que en la dirección de la cura “no hay otra resistencia al análisis sino la del analista mismo” (Lacan, 1958a, 237).

Consideramos entonces que los efectos de las intervenciones de Freud y su posición en la transferencia, configuran una de las razones del fracaso del tratamiento y complejizan la tarea de concluir en forma precisa sobre el tipo de estructura subjetiva en cuestión.

## Conclusiones

Hemos puesto en tensión diversos enfoques sobre el caso de la Sra. G., partiendo de la premisa de que el estatuto de la verdad en este campo ciertamente no se corresponde con el restablecimiento de la verdad fáctica. La perspectiva historiográfica ha aportado hallazgos que permiten revisar la praxis para que ésta no devenga dogma, y en este sentido, los artículos de Falzeder, Gougoulis y Fiori introducen material de gran interés epistémico en relación con un apartado de la obra freudiana que puede llevarnos, en un primer momento, a quedar capturados en develar una supuesta “verdad última” sobre el caso. Es por ello que nuestra investigación propuso problematizar estos desarrollos, que aportan novedades y propician el debate: recordemos al respecto lo que hemos tratado anteriormente. Falzeder se limita a reconstruir el caso y describir la posición freudiana en el tratamiento de esta paciente, y Gougoulis y Fiori realizan conjeturas diagnósticas a partir de la introducción de “descubrimientos históricos”.

Las discusiones sobre el diagnóstico de la Sra. G. motorizaron la precisión de la función del síntoma en la economía libidinal del sujeto, asunto que nos llevó a uno de los ejes centrales del descubrimiento freudiano, de absoluta actualidad: el síntoma en términos de solución, asimismo de suplencia. Allí postulamos como hipótesis la función de las obsesiones en este caso en tanto tratamiento de aquello que Lacan ha dado en llamar “desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida” (1958b). Situamos que el uso de la interpretación que Freud realizó en este caso, buscando el consentimiento de la paciente a su saber general acerca de la trama edípica, finalmente constituyó un problema para el advenimiento de la dimensión singular del padecimiento.

El debate sobre el diagnóstico diferencial en Psicoanálisis puede ser un callejón sin salida, donde pueden encontrarse argumentos de diversas posturas. Reintroducimos aquí el problema de la dirección de la cura, que consideramos es uno de los aspectos más relevantes del caso de la Sra. G. y menos considerado por los autores a los que hemos hecho referencia. Más allá de la estructura en juego, sin dudas las intervenciones freudianas que pueden encontrarse en los diversos textos donde se alude a la paciente no dejaron de reforzar el efecto devastador del superyó, con las implicancias a nivel clínico que esto tiene en la presentación del síntoma.

Nos interesamos en considerar si la dirección de la cura que Freud esgrimió con esta paciente, la persistencia en reintegrar las pulsiones al yo, tuvo efectos en la presentación final de la misma. Concluimos finalmente que el interés que guió su atención por ella nunca fue el terapéutico, ya que de hecho la paciente se presentó grave desde el inicio de la consulta, luego de un derrotero de intervenciones e internaciones. Incluso le resulta a Freud un caso incurable casi desde el comienzo del tratamiento. Sin embargo, seguirá en contacto con ella, guiado a nuestro parecer por un interés exclusivamente epistemológico. Por otro lado, Freud señaló en reiteradas ocasiones que la Sra.

G. constituía un objeto de interés para el avance de la disciplina: el tratamiento lo conduce a revisar aspectos de la teoría metapsicológica y de la técnica, pero no los criterios terapéuticos implementados sin detenerse en cuestionar de qué manera la denominada “reacción terapéutica negativa” puede estar condicionada por el manejo de las relaciones entre la transferencia e interpretación.

Entonces, si bien acuñamos el sintagma *caso problema*, encontramos aquí un punto en común con el caso Dora, donde la suma de los prejuicios del psicoanalista, es decir, la *contratransferencia* o *transferencia* como Lacan prefiere llamar a estos fenómenos (Lacan, 1951) para diferenciarse de los postfreudianos, deviene el gran obstáculo del caso y del desarrollo y culminación del análisis. Cuestión que oscurece el problema de clínica diferencial, pero que a su vez nos obliga a continuar tratando de dilucidarlo, sin dejar de lado la originalidad de la clínica psicoanalítica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cottet, S. (2007). “À propos de la névrose obsessionnelle féminine”. En *L'inconscient de papa et le nôtre. Contribution à la clinique lacanienne*, Paris: Michéle, 2012, 63-67.
- Cottet, S. (1982). *Freud y el deseo del psicoanalista*. Buenos Aires: Hacia el Tercer Encuentro del Campo Freudiano, 1984.
- Falzeder, E. (1994). “My grand-patient, my chief tormentor: A hitherto unnoticed case of Freud's and the consequences”. En *Psychoanalytic Quarterly*, 1994, n° 63, 297-331.
- Fiori, R. (2008). “Une femme mélancolique. La sixième analyse de Freud”. En *Revue de la Cause Freudienne*, 2008, n° 69, 185-189.
- Fiori, R. (2014). *Elfriede H. La femme aux épingles. Rencontre avec la mélancolie d'une patiente de Freud*. Paris : Editions Radio-a-Paris, 2014.
- Freud, S. & Jung, C. (1906-13). *Correspondencia*. Trad. Alfredo Guéra Miralles, Madrid, Trotta, 2012.
- Freud, S. & Pfister, O. (1909-39). *Correspondance de Sigmund Freud avec le pasteur Pfister*. Paris: Gallimard, 1963.
- Freud, S. (1913a). “Dos mentiras infantiles”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XII, 319-328.
- Freud, S. (1913b). “Un sueño como pieza probatoria”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XII, 279-283.
- Freud, S. (1913c). “La predisposición a la neurosis obsesiva”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XII, 329-346.
- Freud, S. (1913d). “Sobre la iniciación del tratamiento”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XII, 121-146.
- Freud, S. (1914). “Introducción al Narcisismo”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 2003, XIV, 65-98.
- Freud, S. (1917). “Duelo y melancolía”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 2003, XVI, 235-241.
- Freud, S. (1916-7). “Conferencia 17. El sentido de los síntomas”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 2003, XVI, 235-249.
- Freud, S. (1919a). “Pegan a un niño”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XVII, 173-200.
- Freud, S. (1919b). “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 2003, XVII, 151-164.
- Freud, S. (1921). “Psicoanálisis y telepatía”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XX, 165-184.

- Freud, S. (1923). "El yo y el ello" en *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XIX, 1-66.
- Freud, S. (1924). "Neurosis y psicosis". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XIX, 151-160.
- Freud, S. (1925). "Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1992, XIX, 123-140.
- Freud, S. (1926). "Inhibición, síntoma y angustia". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XX, 71-164.
- Freud, S. (1932). «Sueño y telepatía». En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XVIII, 185-212.
- Freud, S. (1933). «Conferencia 34: Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones». En *Obras Completas*: Buenos Aires, Amorrortu, 1996, XXII, 126-145.
- Freud, S. (1937). "Análisis terminable e interminable". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, 1996, XXIII, 211-254.
- Freud, S. (1909-1914). *Correspondencia de Sigmund Freud*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1997.
- Gougoulis, N. (1999). "Elfriede Hirschfeld, réflexions à propos de l'historiographie de la pratique clinique chez Freud". En Mijolla-Mellor, S. (comp.) *Les femmes dans l'histoire de la psychanalyse*, Paris : L'Esprit du Temps, 1999, 201-213.
- Hanyal, A. & Falzeder, E. (1991). "Healing through love? a unique dialogue in the history of psychoanalysis". En *Free Associations*, 21 (2), 1-20.
- Lacan, J. (1951). "Intervención sobre la transferencia". En *Escritos I*, México: Siglo XXI, 1978, 204-218.
- Lacan, J. (1953-1954). *El Seminario Libro 1*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1954-1955). *El Seminario Libro 2*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1958a). "La dirección de la cura y los principios de su poder". En *Escritos II*, Buenos Aires: Siglo XXI, 2002, 565-626.
- Lacan, J. (1958b). "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En *Escritos II*, Buenos Aires: Siglo XXI, 2002, 513-564.
- Laurent, E. (1989). *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, 2004.
- Leff, G. (2009). "La provocación freudiana". En *École lacanienne de psychanalyse*. <http://www.lutecium.fr/www.ecolelacanienne.net/documents/actualite/provocationfreudienne.pdt>
- Maleval, J-C. (2002.) *La forclusión del Nombre del Padre*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- Martín Cabré, L-J. (1998) "La contribución de Ferenczi al concepto de contratransferencia". En *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 1998, n° 28, 79-96.
- Martin, J., y otros (2012). "Obsesiones y neurosis y psicosis: el caso de Mme G." Trabajo expuesto en las III Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la U.N.L.P.
- Martin, J., y otros (2013a). "Cura analítica y problemas de clínica diferencial: síntomas obsesivos en la neurosis y la psicosis". Mesa autoconvocada *Los dos paradigmas clínicos de inhibición, síntoma y angustia: problemas y discusiones actuales*. Resumen publicado en *Memorias del 4to Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología*, UNLP, Tomo 1, 580.
- Martin, J., y otros (2013b). "Las relaciones síntoma-estructura en un caso paradigmático de neurosis obsesiva freudiana". Mesa redonda *Neurosis obsesiva y psicosis: los casos problemáticos en la obra de Freud*. Trabajo expuesto en VII Congreso Argentino de Salud Mental.
- Martin, J., y otros (2014a). "Actualidad de un caso freudiano en las discusiones sobre clínica diferencial neurosis obsesiva-psicosis: la Sra. G.". En *Clínica psicoanalítica: función de las obsesiones en neurosis y psicosis*. La Plata: Edulp-REUN, 2014.
- Martin, J., Machado, M-I., Fernández Raone, M. & Lozano, D. (2014b). "Contaminaciones en un caso freudiano". Mesa redonda *Contaminaciones: las relaciones síntoma-estructura en la clínica psicoanalítica*. Trabajo expuesto en el VIII Congreso Argentino de Salud Mental y 1° Congreso Regional de la World Federation for Mental Health.
- Miller, J.-A. y otros (1997). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Miller, J.-A. y otros (1999). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- Napolitano, G. (2010). "Las obsesiones en neurosis y psicosis: antecedentes y problemas actuales en psicoanálisis". En *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <http://www.aacademica.com/000-031/820>
- Sauvagnat, F. y R. (1998). "Fenómenos elementales y estabilización en las psicosis maníaco-depresivas". En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, n°67, 459-470.
- Séglas, J. (1894). «Lecciones clínicas. Décima lección: De la melancolía sin delirio». En *Melancolía y dolor moral*, La Plata: EDULP, 1998, 7-19.
- Solano, E. (1993). "Névrose obsessionnelle et féminité". En *La Cause Freudienne*, 24, 1993, 16-20.
- Soler, C. (1989). *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Manantial, 1991.
- Toro Martínez, E. (2008). "Esquizofrenia con síntomas obsesivos compulsivos o el grupo de las Esquizofrenias Esquizoobsesivas: características clínicas y pronósticas". En *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, 2008, vol. XIX, 114-122.