

Recibido: Marzo 3 de 2011
Aceptado: Agosto 14 de 2011

Las paradojas del déficit y su superación



René Roussillon
Société Psychanalytique de Paris

ABSTRACT

It examines the paradox within the classical deficit/defense antagonism and the theoretical, clinical and countertransference problems it creates. Its deconstruction requires defining all the preconceptions from every area of psychopathology: theoretical, clinical and practical, simultaneously. Clinically, the objectivity of representational deficit depends on the relationship between quantity and the capacity for qualitative linking. From the perspective of the regulation of countertransference, a barometer of the psychotherapist's encounter with his own limitations and the way he deals with them, affective countertransference is examined -within the guilt/innocence paradox- as well as the epistemological countertransference - keeping theory at an adequate distance. This is where a new paradox emerges: to recognize deficit as objective but to interpret it as a subjective defense. Returning to clinical work, the paper enhances two Freudian propositions on inhibition: deficit protects the ego organization - defensive function-, the ego attains benefits from

RESUMEN

Se plantea la paradoja incluida en la clásica oposición déficit-defensa y los problemas teóricos, clínicos y contratransferenciales que origina. Su deconstrucción requiere delimitar los presupuestos de cada uno de los campos de la psicopatología: teórico, clínico y práctico en simultaneidad. Clínicamente la objetividad del déficit representativo depende de la relación entre la cantidad y la capacidad de ligazones cualitativas. Desde la regulación contratransferencial, barómetro relacionado con el encuentro del terapeuta con su límite y su modo de procesarlo, se analiza la contratransferencia afectiva -en el seno de la paradoja culpabilidad-inocencia- y la epistemológica -mantener la teoría en suficiente suspenso-. Surge de aquí una nueva paradoja: reconocer el déficit como objetivo pero interpretarlo como defensa subjetiva.

Regresando a la clínica enriquece dos proposiciones freudianas sobre inhibición: el déficit protege la organización del yo -función defensiva-, éste obtiene beneficios del déficit -la defensa responde al déficit, sacrifica parte por

deficit—defense responds to deficit, sacrifices a part for the whole — one deficit conceals another deficit. It is a paradoxical defense — controlled emptiness, minimal subjectivity with appropriation purposes — in the presence of the repetition of extreme situations — endless, with no way out, without representation. The need to not only acknowledge but to reconstruct the environment's deficit as objective, as a deficit in itself, is stated.

el todo— un déficit oculta otro. Es una defensa paradójica —vacío controlado, mínima subjetivación con fines apropiativos— ante la repetición de situaciones extremas: sin fin, sin salida, sin representación.

Plantea la necesidad de que el déficit del entorno no sólo sea reconocido sino reconstruido como objetivo, como déficit en sí mismo.

DESCRIPTORES: FALTA BÁSICA - CONTRATRANSFERENCIA - PROCESO PSICOANALÍTICO - FORCLUSIÓN - INHIBICIÓN - DEFENSA - REPRESENTACIÓN - OBJETIVIDAD - SITUACIÓN TRAUMÁTICA

Las paradojas del déficit y su superación

Déficit, falta y forclusión

En primer lugar quiero señalar que la oposición, bastante clásica, entre una posición que reconoce como objetivo el déficit de ciertas organizaciones representativas, y aquella que pone el acento en los procesos defensivos, no me parece suficiente para dar cuenta de la complejidad de la cuestión. La oposición déficit y/o defensa desconoce, o deja de lado una de las principales dificultades de la noción de déficit en el seno de las organizaciones psicopatológicas: ¿Cómo reconocer la objetividad de los déficits de ciertas organizaciones representativas sin operar en el mismo momento una desmentida de su derecho a la diferencia? Dicho de otro modo ¿cómo pensar ese déficit sin que al mismo tiempo este pensamiento del déficit culmine, en última instancia, en una descalificación del otro, en una posición de inferioridad, de xenofobia, o incluso en una nueva manera de “gran encierro” “teórico”? Inmediatamente percibimos también cuán crucial es esta cuestión respecto de la parte de la contratransferencia implicada en la teoría.

Esta dificultad implica una paradoja. Objetivamente no todas las orga-

nizaciones representativas tienen las mismas capacidades: algunas son capaces de pensar la “lógica” de las otras, pero la recíproca no es verdadera. Algunas pueden enfrentar ciertas situaciones vividas y procesarlas respetando un cierto sentido de lo real de los otros, otras –pienso aquí en las organizaciones psicóticas– fracasan al significar la experiencia vivida sin operar al mismo tiempo una desmentida de la realidad. En relación a esto, es necesario admitir la superioridad “objetiva” de ciertas organizaciones representativas respecto de otras. Pero, en contrapunto, toda teoría o toda práctica que acreditara tal “superioridad” pondría simultáneamente en riesgo el derecho de la otra a ser reconocida en su diferencia, igualmente objetiva, y operaría simultáneamente una desmentida de esta diferencia. Las consecuencias clínicas que este acto acarrea son absolutamente considerables en la medida en que implican una “decisión” relativa a la causa última del sufrimiento.

Considero que el tratamiento teórico y práctico de esta paradoja requiere una particular vigilancia epistemológica que consiste en una delimitación relativamente precisa de los procedimientos constitutivos de los tres campos de la psicopatología: el campo clínico, el campo teórico y el campo de la práctica, así como de las exigencias epistemológicas propias de cada uno de ellos. Me parece que es a partir de la diferenciación de los presupuestos de cada uno de estos tres campos y del mantenimiento correlativo de su simultaneidad, que debe tratarse la paradoja del déficit y, de esta manera, en el mismo acto, la oposición déficit/defensa se verá deconstruida.

En efecto, el “déficit” no es algo “en sí mismo”. Su delimitación, su definición y su modo de tratamiento dependen estrechamente del proceso que lo constituye como tal y de las condiciones de posibilidad de dicho proceso. Para expresarlo rápidamente, la identificación y la delimitación del déficit en la clínica, como “hecho” clínico, depende del particular modo de objetivación que caracteriza el recorte de un “hecho clínico”. El modo de objetivación del hecho clínico no es del mismo tipo que el que tiene lugar en la teoría, que J. L. Donnet (1990) propuso llamar *operación meta* y que resulta, en su opinión, de un tipo de relación de desobjetivación respecto del objeto.

En otros términos, delimitar un síntoma clínico no depende de las mismas operaciones psíquicas que se requieren para dar cuenta metapsicológicamente de éste. El profesional que ejerce la práctica clínica también se encuentra con el déficit, pero lo hace desde otra posición, que no puede ser separada del proceso de subjetivación que la caracteriza y la funda –como se dice en física–, es *no-separable*. La separación teórico-práctica es una necesidad epistemológica.

La “objetividad” clínica del déficit representativo

El término déficit, como tal, no pertenece al vocabulario de la clínica psicoanalítica, sino que forma parte de la “penumbra asociativa” de toda una serie de términos que han sido propuestos para intentar circunscribir la “falla” de la organización representativa.

M. Balint propuso el término “falta básica” (2003[1968]), Winnicott el de “*gap*” (1971[1953]: p. 22), J. Lacan el de “forclusión” (1999[1957-1958]), A. Green el de “ausencia de representación de la ausencia”, el de “alucinación negativa” (2008[1972]). Personalmente, preferiría conceptos como los de ausencia de representación-cosa de la representación, o ausencia de representación-cosa de la ausencia de representación. Todos esos conceptos no son equivalentes, pero de un modo u otro, buscan circunscribir un punto de carencia, de déficit específico de la organización narcisista y/o de la organización del campo representativo.

Una de las principales tendencias de la clínica psicoanalítica es pensar los efectos clínicos de un déficit considerándolo, paradójicamente, como la *falta de falta*, la falta de un cierto tipo de matriz de la negatividad, la falta de un espacio o de un representante “en hueco” (“*en creux*”) para acoger lo desconocido o lo no-representado. Inversamente, la *falta de la falta* sólo puede ser identificable a partir de los efectos de efracción de un exceso cuantitativo y de una falta de la cantidad de lo religable dentro de las formaciones cualitativas.

Si bien la falta de la falta asegura el primado de la desligazón por falta de formación psíquica de acogimiento y ligazón, desde la perspectiva de otros autores, la clínica torna visibles excesos cuantitativos que obligan, en consecuencia, a pensar el problema en términos de defensas de la organización representativa contra el exceso cuantitativo y la desorganización.

Al déficit cualitativo corresponde el exceso cuantitativo e, inversamente, la cantidad está siempre en exceso cuando faltan las condiciones/precondiciones de su ligazón cualitativa y representativa; las operaciones cualitativas siempre son insuficientes para religar las cantidades demasiado grandes.

En consecuencia las nociones de *déficit y defensa dejan de ser oponibles y es la relación entre la cantidad y las capacidades de ligazón cualitativas la que pasa a ser determinante*.

El déficit como (des)regulación contratransferencial

En la práctica, y aquí pienso en las prácticas terapéuticas derivadas de la práctica psicoanalítica, la cuestión del déficit no puede ser abordada independientemente del lugar que ocupa en la (des)regulación contratransferencial. La pregunta a formular es la siguiente: ¿“Sirve pensar el déficit representativo” en la regulación contratransferencial, para qué?

Esta pregunta debe ser desdoblada siguiendo dos aspectos de la contratransferencia que es útil separar aquí. El que llamaré *contratransferencia “afectiva” del terapeuta o del analista*, que corresponde especialmente a su relación interna con los procesos primarios en el curso del tratamiento, y la *contratransferencia “epistemológica”* que se desprende de la contratransferencia sobre el análisis y su teoría, es decir, de los modos de organización del proceso secundario.

Considero que en lo que concierne a la contratransferencia “afectiva” debe problematizarse el uso del pensamiento del déficit en lo relativo a la cuestión del encuentro del terapeuta con su límite y con el modo de procesamiento intrapsíquico e intersubjetivo de dicho encuentro.

Una vez depurado de sus superestructuras yoicas, me parece que ese encuentro se juega en torno a dos polos que se oponen. Ya sea que el “paciente es el que no puede”, el déficit es entonces objetivo u objetivado: el límite es el del paciente. O que el “paciente no quiere”, se defiende, rechaza, el déficit es entonces subjetivo, efecto de subjetividad, ya no es déficit, es defensa.

Teniendo en cuenta la histeria promedio de los analistas, esta oposición se expresa entonces en términos de la oposición inocencia/culpabilidad y se organiza en una balanza que oscila entre cuatro posiciones.

Algunas veces el reconocimiento del déficit torna demasiado “*inocente*” al paciente que se encuentra así privado de toda responsabilidad, incluso despojado, de su dimensión propia; otras, por el contrario, este reconocimiento sirve para *aumentar la tolerancia* del terapeuta hasta el límite objetivo del paciente que, así reconocido y recalificado, deviene “*apropiable*”.

A la inversa, la falta de reconocimiento del déficit, algunas veces *apuntala* la representación y su apropiación en la dimensión propia; otras veces desregula el yo del terapeuta tratando como “*falta*” lo que en realidad es una incapacidad objetiva del paciente. El límite del terapeuta deviene en falta del paciente, el terapeuta se asemeja entonces al superyó que Freud evoca en 1923 en el *Yo y el ello*, superyó severo y cruel que exige más del yo que lo que éste puede dar.

Para resumir en una paradoja la cuestión de la utilización del déficit en la práctica propongo considerar el lugar del déficit en la clínica como *un indicador contratransferencial de la cuestión del límite del analista y de su tratamiento en el seno de la paradoja de la culpabilidad de la inocencia* (cf. Roussillon, 1985).

Lo que propuse llamar “contratransferencia epistemológica” resulta del impacto de la posición teórica del terapeuta sobre su práctica y sobre su posición en tanto profesional. Para presentar la cuestión considero que lo óptimo es, sin lugar a dudas, partir por ejemplo del concepto de forclusión.

Este concepto es el propuesto por J. Lacan para traducir el concepto freudiano de *Werverfung*. El término fue tomado prestado del vocabulario jurídico donde significa que el plazo para ejercer una acción jurídica o presentar un recurso ha prescripto: es demasiado tarde.

Aplicada en particular al análisis de las estructuras psicóticas, la forclusión indica que algo falta en la estructuración simbólica e identitaria del sujeto – falta la función de terceridad– y significa que ya es demasiado tarde, los datos están echados, “no va más”, cuando algo está forcluido está cerrado, fuera de plazo, las partes ya han sido escuchadas¹.

La conexión de este concepto con el de déficit es evidente: algo faltó y sigue faltando. El sujeto tuvo que organizarse en función de dicha falta.

Sin embargo, existen dos maneras de comprender el sentido de la forclusión; una la objetiviza y hace de ella un principio estructural, otra la subjetiviza y la constituye en un proceso.

En el sentido estructural, el uso del concepto de forclusión subraya que lo que ha sido forcluido lo está efectivamente. Ya no hay nada que hacer, es demasiado tarde, la estructuración ya se produjo teniendo en cuenta el déficit, éste es *irreversible*.

El pasaje a la práctica indica los efectos contratransferenciales de tal posición “estructuralista”. En el seno de la contratransferencia epistemológica *la irreversibilidad está acreditada* y marca el límite absoluto del terapeuta, a partir de allí sólo queda aprender a trabajar con ella, es decir desesperarse o compensar.

En el sentido “procesal” la forclusión aparece como un proceso subjetivo o susceptible de serlo. El sujeto “se siente” forcluido o “se cree” forcluido, actúa como si fuera demasiado tarde, como si aquello que no hubiera recibido o integrado en su momento, en el “buen” momento y de la o las personas de quienes lo esperó en su primera infancia, ya no podrá recibirlo y ya nunca lo

¹ Se evocara aquí la clínica de lo patético y la figura del destino fuera de lo simbólico.

recibirá de nadie. Ni siquiera vale la pena transferir la demanda hacia afuera o hacia un nuevo objeto. Hemos visto que esta posición es central en la psicosis.

A nivel de la práctica clínica el efecto de esta postura teórica es abrir la posibilidad de interpretar la forclusión, la que deja de ser considerada como hecho comprobado y pasa a considerarse como una modalidad subjetiva de defensa contra el temor de repetir el primer *impasse* y el sufrimiento psíquico que lo acompañó. Se trata, entonces, de considerar la posición del paciente como una defensa en contra del temor a repetir la primera agonía.

La teoría de la forclusión como proceso ofrece una oportunidad de desmentir en la práctica la teoría de la forclusión estructural. La capacidad de la práctica de desmentir la teoría es una de sus condiciones de posibilidad: en la práctica la teoría no debe comportarse como una “máquina de influencia” que cierre las potencialidades interpretativas. Inversamente, la teoría debe abrir el campo de lo interpretable, nunca debe cerrarlo.

De aquí surge una nueva paradoja: si bien en teoría un déficit puede ser o debe ser reconocido como objetivo, en la práctica es bueno que todo lo que se haga tienda a que un día pueda ser interpretable como una defensa subjetiva.

Esto no quiere decir que actuar de esta forma sea siempre posible, conocemos la extrema dificultad de estos tratamientos pero, al menos de este modo, nos damos la posibilidad eventual de una práctica de la desalienación.

Como síntesis de esta reflexión acerca del lugar del déficit en la contra-transferencia, anticiparé la siguiente proposición.

Para que la cuestión del déficit pueda tener en la contratransferencia el valor de un barómetro respecto del límite del profesional, el déficit no debe ser acreditado por una teoría estructural irreversible. Por el contrario, hace falta que en la práctica la teoría sea mantenida en un suspenso suficiente. El déficit en la práctica debe ser teóricamente irresoluble.

La inhibición y su inversión

Quisiera ahora volver a la clínica y, más particularmente, a la posición de Freud respecto de la inhibición.

En *Inhibición, síntoma y angustia*, S. Freud anticipa la hipótesis de que el yo es capaz de mutilarse para protegerse de la desorganización. Esta hipótesis contiene dos proposiciones concernientes al déficit. La primera es que el déficit tiene una *función psíquica protectora*, por lo tanto defensiva, la segunda es que el yo *obtiene un beneficio del déficit*.

En este punto percibimos cómo la oposición del déficit y de la defensa ya no se sostiene; la relación es inversa, la defensa se efectúa por el déficit. Entonces, frente a la pregunta ¿para qué el déficit? podríamos alegar: para proteger la organización del yo. El modelo es el del sacrificio de la parte para proteger el todo –sacrificar algo para no perder todo– aquí el déficit está directamente conectado con los articuladores simbólicos, es *déficit “sacrificial”*.

Sin embargo podemos preguntarnos por qué el yo recurre a una defensa tan costosa. Se pueden arriesgar diferentes hipótesis, la de un fracaso de la represión, la de una insuficiencia en la simbolización, la del impacto de un trauma. Pero, de alguna manera, lo que aparece es que *un déficit puede ocultar otro*, de naturaleza diferente.

El modelo de sacrificar una parte para proteger el todo queda atrapado en una racionalidad secundaria y es pensable en una lógica de compromiso. Las organizaciones psicóticas confrontan con ciertas formas extremas de inhibición o de déficits organizados defensivamente, inteligibles gracias a Winnicott. En el artículo que toma como punto de partida el sentido del “miedo al derrumbe” que afecta a algunos pacientes, Winnicott describe un modo de defensa particular que he propuesto llamar “defensas paradójicas”. Éstas se ejercen frente al retorno de ciertas experiencias traumáticas primarias que habían provocado vivencias de muerte psíquica o de agonías psíquicas y que no han podido ser simbolizadas y apropiadas por el yo ni en el momento en el que acontecieron ni a posteriori. Son las únicas huellas clínicas que poseemos relativas al efecto de tales experiencias cataclísmicas sobre la estructuración del yo o de ciertos sectores del yo. Como anticipé, *el yo se organizó volcando afuera, desde el interior, la experiencia agónica para dominarla*. Por ejemplo: si la experiencia agónica es la del encuentro con un vacío psíquico imposible de colmar, la defensa consistirá en organizar un vacío controlado, sea a través de no comer o de no aprender, entre otras posibilidades.

Se trata en este caso de un proceso mínimo de subjetivación de la experiencia agónica a través del cual el yo intenta poner en el presente la experiencia pasada con el fin de apropiarse de ella y a la vez lo hace en condiciones tales que esta apropiación es casi imposible fuera de un entorno terapéutico particular.

Desde el punto de vista de la cuestión del déficit de la organización representativa, llegamos aquí a la noción de un déficit paradójico: crear un déficit organizado y dominado, para protegerse de los efectos del déficit pasado vivido pasivamente. La economía de esta defensa a través del déficit es asegurar la supervivencia psíquica, forma extrema de autoprotección del suje-

to contra la desorganización, que es la forma extrema en la cual se difuminan cada vez más aquellas racionalidades secundarias que podemos esperar desde el punto de vista de nuestra histeria promedio, como ocurre en el “suicidio de supervivencia” psíquica.

Nuevamente, debemos detenernos e interrogarnos: ¿por qué una defensa tan extrema y también tan “absurda” desde el punto de vista de una “lógica” del yo? Se hacen inevitables aquí las referencias ya bien a la noción de experiencia agónica de Winnicott, ya a la de angustia o terror sin nombre de W. Bion (1963), que remiten a experiencias inelaborables, teniendo en cuenta el grado de madurez psíquica del sujeto, pero ellas exigen ser profundizadas.

El sufrimiento o la agonía (el desamparo) sólo son tolerables si existe la preconcepción de una salida posible. Las experiencias agónicas son a la vez *experiencias extremas, sin fin*—son vividas en un momento en que la temporalidad no ha sido construida— y son experiencias *sin representación y sin salida*.

Es este conjunto el que confiere al sujeto la vivencia de estar forcluido, mantenido inexorablemente por fuera de un objeto que está cerrado y sin espacio para acogerlo. Frente al objeto no hay ningún recurso verdadero ya que la experiencia agónica *proviene del objeto*. Aquí no hay que evocar la figura del objeto ausente, sino los modos patológicos de presencia del objeto, sus déficits de adaptación a las necesidades psíquicas del infante. La patología del déficit se inclina hacia el lado del *déficit objetivo del entorno*, es este último el que se transforma en “inutilizable”, tal como más tarde escribe Winnicott.

Sólo podemos representarnos lo que nos llega a faltar y sólo nos puede faltar lo que alguna vez tuvimos. No podemos hacer el duelo de lo que no hemos recibido. Sólo podemos identificar la falta a partir de las huellas de una presencia anterior. De aquí es de donde surge la dificultad de representación de un déficit que siempre estuvo allí.

Al principio los bebés o los infans no pueden detectar sus necesidades psíquicas. Si bien podemos plantear la hipótesis de que tienen una *preconcepción*, existe la necesidad de una “realización” suficiente de esas preconcepciones para que éstas adquieran el status de concepción representable. De otro modo, los sujetos permanecen en un estado de potencialidad no satisfecha e indefinible.

En consecuencia, el psiquismo se organiza en contra de la potenciación de sus preconcepciones y en contra de sus necesidades no reconocidas ni apuntaladas, es decir, no advenidas al yo.

Entramos aquí en contacto con una de las principales dificultades del tratamiento de esas zonas del psiquismo que, señalémoslo, no atañen solamente a los sujetos reconocidos como psicóticos, sino también a aquellos que

calificamos como narcisistas, e incluso a algunos déficits narcisistas de organizaciones neuróticas.

Por una parte, es difícil llevar al yo a reconocer sus propias necesidades psicológicas, pero además, una vez que éstas han sido “descubiertas” y comienzan a encontrar un primer modo de satisfacción, en forma simultánea, el sujeto descubre el sufrimiento por no haber sido satisfecho antes y por haber tenido que vivir sin el reconocimiento ni la satisfacción de sus necesidades.

Este sufrimiento ligado a la falta pasada puede ser tal que el sujeto se vuelve capaz de realizar una desmentida tanto de su reconocimiento así como de toda necesidad psíquica. Se puede llegar a desmentir toda forma de falta y todo aquello que pudiera recordarla.

En el curso de un tratamiento hay veces que resulta muy difícil desentrañar en qué eslabón de este proceso nos encontramos; si estamos en un momento en que la necesidad psíquica, nunca suficientemente reconocida, no es reconocible por el sujeto o si nos encontramos en un momento en que la necesidad y la falta son activamente desmentidas.

Por el contrario, lo que aparece con mayor claridad en un momento u otro del proceso terapéutico, es la necesidad de que no sólo sea reconocido el déficit, sino de que éste sea reconstruido como déficit objetivo, o déficit “en sí mismo”, a decir de Winnicott, refiriéndose con ello tanto al déficit de y en el entorno, como a sus efectos sobre la organización pasada y “actual” del yo. La reobjetualización pasa por ese modo de reobjetivación (cf Roussillon, 1987 y Roussillon, 1991).

Esto me conduce a proseguir con mis proposiciones anteriores del siguiente modo.

En la práctica es beneficioso mantener irresoluble la oposición déficit/defensa y esto es así a fin de lograr que el déficit pueda ser interpretable como déficit subjetivamente defensivo. Y resulta bueno interpretar la utilización subjetiva del déficit para estar en condiciones de poder mostrar la objetividad del déficit y, al mismo tiempo, la impotencia histórica del sujeto confrontado con la “realidad” del objeto.

¿Qué ganamos al poner en evidencia los déficits objetivos del entorno?

Me parece que el desafío principal es recordar que el sujeto *no se hizo solo*, es decir, oponerse al postulado del autoengendramiento que surge del primado del narcisismo primario. Algo debería haber pasado allí donde nada pasó.

Se trata así de “grabar en hueco” (*marquer en creux*) el lugar que dejó vacío el déficit del entorno y, de esa manera, hacer advenir las representaciones de la ausencia de representación y tener así acceso a la rabia destructora que subyace a las experiencias cataclísmicas.

Por consiguiente, ya no nos vemos confrontados a la cuestión del déficit cualitativo sino a la elaboración de los excesos cuantitativos. De esta manera el pensamiento del déficit pierde actualidad, y es desde aquí que surge mi proposición final.

La noción y el pensamiento sobre el déficit son necesarios en psicopatología y en la práctica clínica como eslabones de un recorrido dinámico que apunta, en última instancia, a tornar caduco su interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balint, M. (2003[1968]). *Le de_faut fondamental: aspects the_rapeutiques de la régression*. Paris: Payot. [Versión en castellano: La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión. Buenos Aires: Paidós, 1990].
- Bion, W.R. (1963). Elementos del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós
- Donnet, J.-L. (1990). L'opération méta. En: *La psychanalyse: questions pour demain*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1979[1923]). El yo y el ello (Vol. 19, pp. 1-66). En: *Obras Completas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1979[1925]). Inhibición, síntoma y angustia (Vol. 20, pp. 71-161). En: *Obras Completas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Green, A. (2008[1972]). *De locuras privadas* (2ª. Ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1981). Les psychoses: 1955-1956. Paris: Seuil. *Le seminaire de Jacques Lacan, 3*. [Versión en castellano: Las psicosis: 1955-1956. Buenos Aires: Paidós, 1995. *Los seminarios de Jacques Lacan, 3*].
- Lacan, J. (1999[1957-1958]). Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós, 1995. *Los seminarios de Jacques Lacan, 5*.
- Roussillon, R. (1985). La réaction thérapeutique négative: du protiste au jeu de construction. *Revue française de psychanalyse*, 49(2), 597-621.
- Roussillon, R. (1987) Le traumatisme perdu. *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, (13), 27-38.
- Roussillon, R. (1991) *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Winnicott, D. W. (1971[1953]). Transitional objects and transitional phenomena (pp. 1-25). En: *Playing and reality*. London: Tavistock [Versión en castellano: Objetos transicionales y fenómenos transicionales (pp. 17-45). En: Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 2009].
- Winnicott, D. W. (1991[1974]). El miedo al derrumbe (pp. 111-121). En: *Exploraciones psicoanalíticas, vol. 1*. Buenos Aires: Paidós.