

# Lacan Quotidien



N° 848 – Miércoles 10 de julio de 2019 – 14 h 18 [GMT + 2] – [lacanquotidien.fr](http://lacanquotidien.fr)



## Pendiente pronunciada

A CONTINUACIÓN

**Lapsiquiatría: síntoma político contemporáneo**  
por Valérie Pera Guillot

**¿Vaciar la psiquiatría del psicoanálisis?**  
por Edmond Vaurette



## **La psiquiatría: síntoma político contemporáneo** por Valérie Pera Guillot

Desde 1980, las reformas en la psiquiatría apuntan a su inclusión en un conjunto de disciplinas médicas en nombre de la ciencia. Incluirla tiene un precio: que su especificidad en el campo de la salud mental desaparezca, mientras se convierte en un instrumento político al servicio del discurso normativo.

Luego de la remoción de la residencia en psiquiatría en 1986, la desaparición del diploma de enfermero en psiquiatría en 1992, y el remplazo del sector psiquiátrico por el polo de actividades (2005), la creación en el 2016 de los Agrupamientos Hospitalarios Territoriales (GHT) reagrupa varios hospitales alrededor de un establecimiento sanitario llamado *soporte*. La mayor parte de los establecimientos públicos en salud mental hoy se ven, en contra de sus opiniones, integrados a los GHT generalistas y la psiquiatría desaparece, indiferenciada, en el seno de las especialidades médicas, quirúrgicas, obstétricas (MCO).

### *La desaparición programada*

Lo que favorece estas reformas y con ellas la desaparición programada de la psiquiatría clínica es la parte aplastante de las neurociencias en los estudios propios del ámbito de la psiquiatría y de la psicología, dependientes de las ciencias humanas y del psicoanálisis.

La ministra de Salud Agnès Buzyn refuerza esta evolución interpretando que el malestar de la psiquiatría es resultado del alejamiento producido con la medicina. La medicina recomendada es, sin dudas, la *Evidence based medicine* (EBM, Medicina Basada en la Evidencia) presentada como una medicina objetiva que prescinde de las escorias de la intersubjetividad y que impone a los médicos un modelo de tratamiento aplicable a todos, gracias a las pruebas obtenidas estadísticamente. ¿Acaso no podemos pensar que es la medicina quien se alejó de su objeto, el de recibir la demanda particular de cada enfermo?

Desde hace algunas décadas los psiquiatras, y también los psicólogos, se han desviado de la clínica y del discurso de los pacientes, que dan cuenta de la práctica bajo transferencia, hacia las teorías científicas, hasta científicas. Paralelamente, han encomendado a los enfermeros y a los auxiliares sanitarios el aspecto relacional de la salud, con su monto de angustia. Estos auxiliares se las ven solos, sin brújula para orientar sus intervenciones, lo que les provoca un verdadero desconcierto. Dan testimonio de ello, las reivindicaciones llevadas por los movimientos sociales que recorrieron los hospitales psiquiátricos durante todo el año 2018.



Luego del *paciente-usuario* y del *hospital-prestatario* de servicios, se entra en la era del *empowerment*, un método de cuidados en salud definido por la señora ministra como “los gastos en salud del individuo, son asumidos por él mismo, de su propio devenir económico, profesional, familiar y social”.(2) El paciente se convierte así en “actor y responsable de su salud, a favor de su autonomía”. Sin embargo, la señora ministra no esconde la dimensión económica de esta promoción sobre “el poder de la acción” que revela tanto una “necesidad del paciente” como una “necesidad para el sistema de salud”.

En la perspectiva del *empowerment*, la psiquiatría se vuelve un empleado al servicio del sistema de salud y, en un contexto más extendido, al servicio de la “reintegración” de pacientes en la máquina socioeconómica. Tiene que estar ahí para que la máquina gire. Y la “razón” de la operación, para retomar los términos de Lacan en su “Breve discurso a los psiquiatras”,(3) es la segregación.

### *Nada de psiquiatría en el discurso normativo*

Aquellos enfermos, de quienes corresponde a la psiquiatría ocuparse, no se funden en el gran todo de la integración. Al contrario, se encuentran cada vez más en los márgenes de la sociedad: en la cárcel, en la calle, en los albergues de alojamiento y urgencia, y en el caso de los más jóvenes, en la “ayuda social a la Infancia” (ASE), en la protección judicial de la juventud (PJ), incluso en la prisión. Y mientras la psiquiatría clínica, su práctica ligada a la palabra, no cesa de retroceder, los recursos a los tratamientos sin consentimiento, al aislamiento y a las contenciones aumentan, como lo destacó ya Eric Favreau en 2017.(4)

La atención sanitaria bajo presión evoluciona en función de la noción de peligrosidad. Es así como después de los atentados del 2015, el discurso normativo conduce a una confusión creciente entre aquello que se revela de la radicalización o de la psiquiatría. Cada vez más pacientes que sufren síntomas “psi” son detenidos como potenciales terroristas.

De esta forma y desde 2015, la creación de células de prevención a la radicalización, puestas a funcionar por las prefecturas sin la implicación del Ministerio de Salud, llama a psiquiatras sanitarios a voluntariados. Varios practicantes le han pedido a su ministerio que precise el encuadre de estas intervenciones “porque no se tratará ni de ‘psiquiatrizar’ todas las situaciones sospechosas ni de desviar un problema que atañe a la seguridad interior”.(5)

Les corresponde a los psiquiatras apreciar y medir la peligrosidad psiquiátrica del paciente, caso por caso. Se trata claro está, para la psiquiatría, de tratar a un sujeto delirante, sea cual fuere el tema de su delirio, asegurando un seguimiento regular de los pacientes más frágiles o más “en riesgo”.



Se opera así, recientemente, un péndulo entre el Ministerio de Salud, de quien depende la psiquiatría, y el Ministerio del Interior. El decreto con fecha 23 de mayo de 2018 ratifica el refuerzo de la “custodia” de los pacientes bajo internación forzada vía el legajo HOPSY creado por el ministerio del Interior. Este decreto ordena a los directores de los establecimientos sanitarios señalarle a la prefectura todo paciente

hospitalizado en cuidados intensivos sin consentimiento, se trate de pacientes hospitalizados a pedido de un tercero (SDT) o de pacientes hospitalizados por la decisión de un representante del Estado (SDRE). Dicen que se trataría de luchar contra el terrorismo cruzando el seguimiento de las personas fichadas como “S” y hospitalizadas sin su consentimiento.

Es legítimo que los prefectos sean informados de las decisiones médicas que conciernen a pacientes hospitalizados con consentimiento. Pero lo es un poco menos el hecho de que sean informados de los pacientes hospitalizados a pedido de un tercero (SDT), cuyo motivo de internación revela la más de las veces, y en esos casos, depresión con riesgo suicida.

### *Para el paciente, el terrorismo*

El 5 de septiembre de 2018, el diario *Le canard enchaîné* reveló el contenido de una correspondencia enviada por la DGS (Dirección General de la Seguridad Interna) a

un director de hospital invitándolo a responder a las siguientes preguntas: ¿el paciente puede conservar su teléfono celular? ¿Quiénes fueron las personas que lo visitaron? ¿Cuál es el contenido de sus conversaciones? ¿Tuvo un comportamiento prosélito con los otros pacientes?

Ese paciente, que durante un encarcelamiento había encontrado en el discurso djihadista un lugar donde inscribir su delirio y su odio, será desde entonces fichado como “S”. No obstante, la psiquiatría iluminada por el psicoanálisis, le permitió entrar en otro discurso donde el lazo social sería pacificado. Por haber consentido a hacerse acompañar en el tratamiento de su locura, nuevas perspectivas de vida se dibujaron cuando el escollo normativo se intensificaba a su alrededor, como también alrededor de los psiquiatras que lo tenían a su cargo, quienes bajo la dirección del establecimiento sumaron asegurarían “las mejores condiciones de tratamiento con la mayor garantía de seguridad”. Esos psiquiatras se encontraron de cara a esa paradoja: cuidar en confinamiento en una unidad cerrada a un paciente que, sin embargo, había aceptado los cuidados psiquiátricos que le fueran designados y estaba siendo incluido en una inserción socio-profesional que le permitía, hasta ahí, salir con regularidad por la ciudad.

Desde entonces, este hombre no esperó ya ninguna ayuda de nadie, y especialmente de los “psis” en los que había confiado, porque también medía la impotencia de ellos frente al discurso normativo. Él se suicidó. Este último pasaje al acto pone la firma en el *impasse* de los tratamientos psiquiátricos cuando son contaminados por el miedo a la enfermedad mental y que pasan por el control del Ministerio del Interior.

### *No diga enfermo, diga extranjero*

Este deslizamiento de la medicina y más especialmente de la psiquiatría del Ministerio de Salud al Ministerio del Interior, se extendió a los extranjeros enfermos. Hasta el 1ero. de enero de 2017, la decisión de expedir un permiso de residencia por su diagnóstico era hecho por los médicos de la Agencia Regional de Salud (ARS) dependiente del Ministerio de Salud. Desde ese día, la autoridad administrativa que está a cargo de expedir ese permiso de residencia es un colega médico de la oficina francesa de la Inmigración e Integración (OFII) quien depende del Ministerio del Interior.

El primer diagnóstico que resulta de la casi totalidad de certificados médicos psiquiátricos del “extranjero enfermo” es el de “estado de estrés post-traumático” (PTSD). Sin embargo, no permite más que una regularización puntual, por un año. ¿Es la noción de riesgo y de incertidumbre que la define, la que conduce a los médicos del OFII y a los prefectos, a acordar solamente por un año las residencias? O más bien, ¿son consideraciones económicas? El PTSD es considerado como quien provoca una alteración de las capacidades ocupacionales, físicas y sociales y es quien conduce a un costo económico elevado además de a un nivel importante de medicalización.

Igualmente, no es raro que los psiquiatras trabajando cerca de los inmigrantes encuentren pacientes que presentan cuadros de psicosis desencadenadas con síntomas severos. Pero en el caso de la psicosis, como también en el caso del PTSD, el certificado médico que detalla la patología psiquiátrica no basta para que el paciente obtenga su derecho a una residencia por su patología. Cuando la respuesta es positiva, no se acuerda más que un año, la más de las veces. El paciente se ve entonces regresando a su estado de precariedad psiquiátrica y social anterior después de un año de relativa estabilidad.

¿Qué decir de esos pacientes que obtuvieron un certificado de residencia como “extranjero enfermo” de cinco años, antes de la reforma de enero de 2017? Consiguen una estabilización de su patología gracias a los tratamientos, una estabilización que les permite insertarse socialmente, incluso profesionalmente, y que se ven apartados de su derecho en ocasión de un nuevo certificado médico estudiado por el OFII: ¡volver a la errancia!

El psicoanálisis podría desaparecer si busca inscribir su presencia directamente en el campo de la psiquiatría contemporánea dominada por el cientismo autoritario, alimentado por el discurso capitalista, ya que la psiquiatría devino el síntoma de la época. Pero a ella se la espera, se la pide dondequiera que la ciencia, por su misma estructura, forcluya al sujeto con su corolario de angustia. De cara al malestar social, el psicoanálisis tiene todo su espacio para hacer despertar lo que de vivo hay en cada uno.

Traducción: Cately Tatò

1. Los elementos introductorios fueron desarrollados en *Lacan Cotidiano* n. 598, con el título de “La psiquiatría, enferma de sus reformas”. Disponible en <http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-598.pdf>
2. Buzyn A., intervención en el coloquio sobre « *Le pouvoir d’agir (empowerment) des patients questionne l’éducation thérapeutique et ses acteurs* » (“El poder de la acción –empowerment- de los pacientes pone en cuestión la educación terapéutica y sus actores”) del 31 de enero de 2018.
3. Lacan J., « *Petit discours aux psychiatres* » (“Breve discurso a los psiquiatras”), conferencia en “Cercle d’études” dirigido por Henri Ey, 1969, inédito.
4. Favereau É., « *Les chiffres affolants des soins psy sans consentement* » (“Las cifras alocadas de los tratamientos *psi* sin consentimiento”), *Libération*, 15 en febrero de 2017, disponible en [https://www.liberation.fr/france/2017/02/15/les-chiffres-affolants-des-soins-psy-sans-consentement\\_1548756](https://www.liberation.fr/france/2017/02/15/les-chiffres-affolants-des-soins-psy-sans-consentement_1548756)
5. *Ibid.*





## ¿Vaciar a la psiquiatría del psicoanálisis?

### por Edmond Varette

Un nuevo cargo, de delegado ministerial de la Salud Mental y la Psiquiatría acaba de ser creado por la Ministra de las Solidaridades y de la Salud y se le ha confiado al profesor Frank Bellivier. ¿Es una buena noticia?

Me lo pregunto en tanto psicólogo con orientación psicoanalítica trabajando actualmente en un servicio de psiquiatría. Una hojeada al *curriculum vitae* de este nuevo nominado es suficiente para distinguir un perfil claramente orientado hacia las neurociencias y una proximidad a la fundación FondaMental, *lobby* bien conocido, cercano del liberal Instituto Montaigne. Se trata entonces de hacer la promoción de una psiquiatría, llamada “finalmente científica”, dicho de otra manera, desembarazada de toda referencia al psicoanálisis, pero también digámoslo, con una voluntad de “liquidación” de la psiquiatría en general.

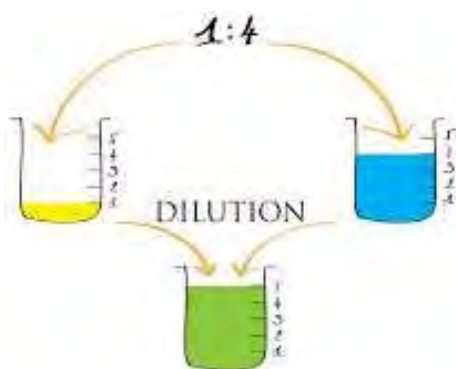
Esta designación no tiene nada de sorprendente, porque ella está en línea con la política llevada adelante por la ministra, tan mal inspirada en la materia. Agnès Buzin, que anhelaba el acercamiento de la psiquiatría con la medicina general, (1) ¿sabe qué pesadilla promete este proyecto loable a primera vista? Numerosos son los que miden cada día hasta qué punto la psiquiatría es, al contrario, una disciplina bien particular que comporta una dimensión científica y desafíos sociales. La “locura”, para retomar esa bella palabra que FondaMental se ocupa de rechazar, no es enteramente disuelta en una medicalización integral. Eso no es más que la máscara de una reducción de la locura a datos estrictamente neuroquímicos.(2)

FondaMental, en sus “25 proposiciones para sacar a la psiquiatría del estado de urgencia”, es además muy clara en cuanto a sus orientaciones. Lejos de pedir un aumento del número de psiquiatras, FondaMental propone iniciar más bien, el acercamiento de los médicos generalistas a los psicólogos formados en las nuevas técnicas psicoterapéuticas, pagados por la seguridad social. Luego agrega, insistiendo: “Estos programas de gestión (psicoeducación, remediación cognitiva, terapias cognitivos comportamentales), pueden estar yuxtapuestas a los instrumentos de la *e-salud* (*e-santé*) (EMA3 y EMI4), que permiten hacer a distancia

algunos ejercicios para reforzar los aprendizajes y asegurar un seguimiento de pacientes más allá de las sesiones prescriptas. Estos instrumentos deberán hacer la prueba de su eficacia por estudios de validación, una reflexión sobre su modo de utilización y de implementación en el cuidado y sobre la tasa que estará ligada a su utilización". (3) Se confía el seguimiento del tratamiento a la vía informática y se consagran los esfuerzos para mejorar los instrumentos sin ninguna preocupación más por el paciente...

Salteamos la "paramedicalización" agresiva de los psicólogos que los terapeutas cognitivos comportamentales producen desde hace mucho tiempo.

Lo más grave es reducir la psicosis a un déficit, para hacerla pasar luego por las humillantes, variadas y diversas terapias de aprendizajes. Se trata todavía y siempre de explicar al paciente su enfermedad, de hacerle hacer su tratamiento a cualquier precio (ya que está presentado como la solución a un mínimo costo), de incitarlo a desarrollar sus competencias a fin de que pueda volver a reinsertarse cualquiera sea el costo.



Está demás precisar que en las "25 proposiciones...", el psicoanálisis lacaniano no tiene lugar. Fundado sobre premisas opuestas, privilegiando la conversación, los detalles preciosos, toma en cuenta el real del que cada sujeto está enredado y sus propias invenciones para remediarlo, el psicoanálisis promueve un espacio de libertad que manifiestamente se vuelve cada vez más intolerable.

Querría aquí testimoniar de la enseñanza que extraigo de mi práctica en un servicio de psiquiatría del sector público. Será también la ocasión de reflexionar sobre el lugar que allí ocupa el psicoanálisis.

### *Furor sanandis*

Sería ingenuo creer, por el contrario, que los efectos de la ideología de FondaMental, todopoderosa en el rango de la psiquiatría universitaria, no estén activos en los servicios de psiquiatría. El psicoanálisis, actualmente y desde hace un cierto tiempo, ha prácticamente desaparecido de la mayor parte de los servicios de psiquiatría. ¡Lo preocupante es que él ha sido reemplazado por nada! Nada, poniendo un acento siempre más fuerte sobre la prescripción medicamentosa que viene a representar de manera metonímica a todas las curas.(4)

O sea, la violencia no ha estado nunca tan presente. Aún sería necesario preguntarse por qué los pacientes “repudian el bien que se les quiere”.(5) Los equipos de atención han quedado suspendidos, habitualmente perdidos en una total incompreensión y, demasiado seguidos, tomados en un exceso de violencia. Cuando los reparos clínicos desaparecen, no les queda más a los equipos, en plena desorientación frente a lo real de la locura, que el pasaje al acto como salida. Así, los diagnósticos “antisocial”, “psicópata”, “perverso narcisístico”, pululan sobre los escombros de una psiquiatría que cada vez más excluye la psicosis de sus categorías clínicas. Renunciando a asumirlo clínicamente, se expone a su retorno en lo real, bajo la forma de una violencia sorda, fuera de sentido, pero sin embargo, no sin lógica.

Pero no hay solo la violencia, hay el consumo de drogas que pone al servicio donde trabajo en dificultades cotidianamente. Y ocurre que la lucha contra el cannabis; lucha, dicho sea de paso, imposible de ganar; viene a ocupar el lugar de las discusiones clínicas, los tóxicos se vuelven la explicación a todo hacer, resolviendo como por arte de magia, todos los imposibles a los cuales la psicosis nos confronta. La orientación clínica retenida, consiste a menudo en obligar al paciente, impidiéndole consumir un producto que le es nefasto, sin jamás preguntarse qué función puede ocupar ese consumo en tal sujeto singular, sin nunca cuestionar el hecho masivo, patente, que los sujetos prefieren productos que son de hecho, auto prescriptos, antes que tomar los que prescriben los médicos. Pero para comprender eso, se necesitaría hacer el esfuerzo de alimentar un diálogo con los sujetos, sin saber previamente lo que es bueno para ellos.



La lógica que está en su base es la siguiente: más el amo está desamparado, desorientado, más se esfuerza en eso que Freud llamaba “*furor sanandi*”, (6) y eso, tanto más ferozmente, en cuanto se vuelve sordo al saber singular al que el psicoanálisis da acceso.

Frente a esto, la psiquiatría universitaria no propone nada, o no gran cosa, encerrada como está, en una retórica intimidante que consiste sistemáticamente en prometer los “mañanas que cantan”, técnicas por fin eficaces y definitivas, descubrimientos revolucionarios que impactan en nuestra concepción de las enfermedades mentales. Así barre decenios de saber pacientemente construidos junto a la cama de los enfermos, una clínica fina y plena de detalles; en resumen, los “tesoros” que constituyen lo que se llama “psiquiatría clásica”, la que Lacan no dejó de volver a poner al trabajo con los logros que se conocían.

No se trata, sin embargo, de oponer de manera maniquea la bella clínica clásica a la limitada psiquiatría moderna. Me guardaría bien de toda idealización de lo que ha sido la psiquiatría francesa, atravesada por corrientes diferentes y contradictorias, enganchada a veces resueltamente del lado de una organogénesis hereditaria. Más se trata de ver que a la abundante creatividad teórica de la antigüedad, con sus numerosos debates animados y eruditos, parece haberle sucedido la mediocre gestión de administradores de la salud mental, promovida con tanto más ardor, cuanto más se priva, por así decir, de definiciones concretas y se reduce a una definición social *ipso facto* normalizadora. Qué lejos está el tiempo donde los psiquiatras, los psicólogos y otros, leían “¿Qué es la psicología?” de Georges Canguilhem y sabían detectar una advertencia en forma de “consejo de orientación”: “...cuando se sale de la Sorbona por la calle Saint-Jacques, se puede subir o bajar; si se sube se llega al Panteón, lugar donde se rememoran algunos grandes hombres, pero si se baja, se dirige seguramente hacia la prefectura de policía”.(7) Hoy, fuerza constatar, que la pendiente ¡es vertical!

### *Fobia de transferencia*

La desaparición de la noción de transferencia es una de las características de la psiquiatría actual que más golpea. En su deseo de aproximarse lo más posible a la medicina psicosomática, anhela objetivar sus resultados, dicho de otra manera, expurgar todas las impurezas que son la marca del encuentro clínico “concreto”. Las nociones de “acciones de distensión”, o de “alianza terapéutica”, no son más que una manera de contornear lo incontorneable: la clínica psiquiátrica debe mantener una clínica bajo transferencia, C.S.T., como la llamaba Jacques-Alain Miller.(8) Un desconocimiento de la transferencia, que está necesariamente implicada cuando un sujeto habla a otro de eso que constituye lo más íntimo de su existencia, expone a sufrir los efectos más nocivos. Como lo señala Guy Briole: “Los psiquiatras refugiados en un acercamiento cientificista y comportamentalista, no tienen más al sujeto como interlocutor, tanto temen ellos quedar tomados en una relación de transferencia”. (9) Una suerte de “fobia de transferencia”, (10) según la fórmula de François Leguil. La agresividad de algunos pacientes, por ejemplo, es habitualmente vivida como absolutamente injusta por los equipos de atención, tanto es lo que ignoran la Otra escena de la que habla Freud y que permitiría desinflar, vaciando de su carga, muchas situaciones.



### *La última flor de la medicina*

Una constatación que impacta se impone entonces: al querer acercar la psiquiatría al resto de la medicina se la condena a darle la espalda a la psiquiatría, es decir, a rechazar lo real que se considera que ella debe tratar.

En uno de sus textos premonitorios, Lacan le concede al psicoanálisis ser “la última flor de la medicina”.(11) Contrariamente a los prejuicios actuales, es probable que se convierta en “la única medicina real posible”.(12) Es a través del psicoanálisis como la medicina podría, paradójicamente, encontrar “refugio”.

Es, por así decir, la experiencia que hago todos los días en mi Servicio. En esta orientación ofrecida por Lacan, percibí un motivo de júbilo, en contraste con el cuadro de desesperanza que presenté anteriormente. También pude explicarme un sentimiento que no me abandona nunca en mi trabajo cotidiano en psiquiatría: la alegría. Esta alegría a veces se transforma en cólera, pero sosteniendo un deseo de proseguir, estimulado por la confianza en el síntoma, que no se pliega tan fácilmente a las órdenes del amo moderno, que desarregla sistemáticamente los protocolos y las generalidades. Todavía y siempre, el síntoma se hace insurrección, a veces revuelta, pero también, para quien quiera escucharlo, saber singular, sorprendente, nunca monótono.

¿Disponemos verdaderamente de otra cosa que el psicoanálisis para hacer lugar a ese real?

Traducción: Estela Schussler

- 1- Discurso disponible en <https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Programme-de-L-Encephale-2019/Discours-de-Madame-la-Ministre-des-Solidarites-et-de-la-Sante>
- 2- Para captar bien lo que está en juego, los invito a escuchar las bellas conferencias animadas por Clotilde Leguil en la Biblioteca pública de información, destacando, para mi propósito, las de Francesca Biagi-Chiaï y Pierre Sidon, “Qué deviene la psiquiatría sin la referencia humanista?” Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=8ZY4KmkEBlc>
- 3- Proposición 11: “Desarrollar y evaluar dispositivos de *e-salud*, para dar un acceso más grande a las terapias psicosociales”. Las “25 proposiciones para sacar a la psiquiatría del estado de urgencia” de FondaMental pueden consultarse en <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/Propositions%20psychiatrie.pdf> [Nota del RdR: para leer o releer: Laurent E., “El gran reemplazo clínico”, *Lacan Cotidiano* N. 622, 27 de enero de 2016].
- 4- Cf. a este propósito Lardjane R., “Lo inconsciente y el cerebro en psiquiatría”, *Lacan Cotidiano* N. 824, 18 de marzo de 2019. Disponible en <http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-824.pdf>
- 5- Muy clara fórmula de Caroline Leduc en su argumento para las Jornadas del Instituto de la Infancia “Niños violentos”, en Leduc C. y Roy D. (s/dir), “*Enfants violents*”, París, Navarin, 2019.
- 6- Freud S.: “*Remarques sur l’amour de transfert*» (1914), (“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”) (1914), *La technique psychanalytique*, París, Puf, 2007, p. 141.
- 7- Canghillen G.: “*Qu’est-ce que la psychologie?*” (*¿Qué es la psicología?*), *Cahier pour l’analyse*, N. 2, París, Seuil, 1966, p. 93.
- 8- Miller J-A., “C.S.T.”, *Ornicar?*, N. 29, 1984, p. 144.
- 9- Cf. “*Nihil novi sub sole*”, entrevista colectiva de François Leguil, *La Cause du Desir*, N. 88, marzo de 2018, p. 22.

10- *Ibid.*, p. 23.

11- Lacan J.: "Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines" ("Conferencias en las Universidades norteamericanas", *Sicilicet*, N. 6/7, París, Seuil, 1976, p. 18.

12- *Ibid.*, p. 19.

---

*Lacan Quotidien*, « *La parrhesia en acte* », est une production de Navarin éditeur

1, avenue de l'Observatoire, Paris 6<sup>e</sup> – Siège : 1, rue Huysmans, Paris 6<sup>e</sup> – [navarinediteur@gmail.com](mailto:navarinediteur@gmail.com)

*Directrice, éditrice responsable* : Eve Miller-Rose ([eve.navarin@gmail.com](mailto:eve.navarin@gmail.com)).

*Rédactrice en chef* : Virginie Leblanc avec Pénélope Fay ([virginie.leblanc@gmail.com](mailto:virginie.leblanc@gmail.com) ,  
[faypenelope@gmail.com](mailto:faypenelope@gmail.com)).

*Éditorialistes* : Christiane Alberti, Pierre-Gilles Guéguen, Anaëlle Lebovits-Quenehen.

*Maquettiste* : Luc Garcia.

*Relectures* : Sylvie Goumet, Michèle Rivoire, Pascale Simonet, Anne Weinstein.

*Électronicien* : Nicolas Rose.

*Secrétariat* : Nathalie Marchaison.

*Secrétaire générale* : Carole Dewambrechies-La Sagna.

*Comité exécutif* : Jacques-Alain Miller, président ; Virginie Leblanc ; Eve Miller-Rose.

**pour accéder au site [LacanQuotidien.fr](http://LacanQuotidien.fr) CLIQUEZ ICI**

**Responsable de la traducción al español: Secretaría de Biblioteca de la EOL**

**Secretario: Nicolás Bousoño – [nicolas.bousono@gmail.com](mailto:nicolas.bousono@gmail.com)**

**Responsable de Lacan Cotidiano (Selección de textos): Mónica Lax –**

**[monicalax.lacancotidiano@gmail.com](mailto:monicalax.lacancotidiano@gmail.com)**

**Colaboración: Liliana Zaremsky**

**Maquetación Lacan Cotidiano: José Luis González – Mónica Lax**

**Traducción: Cately Tató – Estela Schussler**

**Revisión de la traducción: Nicolás Bousoño**