

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Psicoanálisis: Devolverle el estatuto de sujeto (del lenguaje) al psicótico.

Rosales, Rodrigo.

Cita:

Rosales, Rodrigo (2019). *Psicoanálisis: Devolverle el estatuto de sujeto (del lenguaje) al psicótico*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/643>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/dY5>

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

PSICOANÁLISIS: DEVOLVERLE EL ESTATUTO DE SUJETO (DEL LENGUAJE) AL PSICÓTICO

Rosales, Rodrigo

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

Se interroga por el futuro que tiene la intervención analítica en las psicosis, donde actualmente, al momento de abordarla se priorizan lecturas deficitarias que resaltan la pérdida de la realidad y la fragmentación yoica. Esta perspectiva da cuenta de lo que Lacan llamo posición psiquiátrica, donde se toma al psicótico como objeto de estudio a modo de defensa y no como punto de interrogación de la relación del sujeto con el objeto. Sin embargo, las resistencias que se erigen contra el loco no son exclusivas de la ciencia o la medicina, sino que la sociedad en su conjunto es responsable de este destino sombrío. Entendiendo a los dispositivos como una red que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, leyes, enunciados científicos, proposiciones morales, etc. Estos construyen subjetividad, que queda sujeta a determinados efectos de saber/poder, y a partir de ahí, diferencia lo sano de lo enfermo, lo bueno de lo malo, lo normal de lo anormal. Como respuesta en este artículo, se propone un retorno a las enseñanzas de Lacan, desde una posición crítica, y devolverle el estatuto de sujeto (del lenguaje) al psicótico.

Palabras clave

Psicoanálisis - Psicosis - Sujeto - Analista

ABSTRACT

PSYCHOANALYSIS: RETURN THE SUBJECT STATUS (OF THE LANGUAGE) TO THE PSYCHOTIC

He wondered about the future of analytic intervention in psychosis, where currently, at the time of addressing it, priority is given to deficit readings that highlight the loss of reality and the fragmentation of the ego. This is the perspective of what we call the psychiatric position, in which the subject of the study is described in the defense mode and not as a questioning point of the relation of the subject with the object. However, the resistances that are erected against the madman are not exclusive to science or medicine, but that society as a whole is responsible for this bleak destiny. Understanding the devices as a network that includes speeches, institutions, architectural installations, laws, scientific statements, moral propositions, etc. This translates into subjectivity, in what refers to the effects of knowledge / power, and from there, differentiates the healthy from the sick, the good from the bad, the normal from the abnormal. As a response in this article, returns to the teachings of Lacan is pro-

posed, from a critical position, and return the status of subject (language) to psychotic.

Key words

Psychoanalysis - Psychosis - Subject - Analyst

Referirnos a la psicosis nos genera cierta inquietud, incomodidad y, al mismo tiempo, moviliza nuestra curiosidad, nos genera un deseo por saber, por indagar sobre la complejidad de la estructura.

El mismo Freud (1928) en una carta al psiquiatra húngaro Istvan Hollos manifestaba la impotencia que le generaba no poder realizar un trabajo como lo hacía con los neuróticos, y se preguntaba “¿No estoy a un paso de conducirme como los médicos de antaño con las histéricas?”.

Jacques Lacan, por su parte, en su *Breve discurso a los psiquiatras* (1967) sostiene que la presencia del psicótico nos concierne, nos angustia. La respuesta por la angustia llevaría a distintos modos de defensa, para elaborarla. Una puede llevar a tomar al psicótico como objeto de estudio y no como punto de interrogación de la relación del sujeto con el objeto. A esta posición Lacan la llamó “posición del psiquiatra”; sin embargo no refiere únicamente a los médicos, no es ajena a los analistas, ya que es más bien situar al psicótico como un fenómeno a investigar. El tratamiento de las psicosis durante su historia ha transcurre en las maneras que se han encontrado para afrontar esa angustia inicial que produce el encuentro con el psicótico (De Battista, 2016).

Lacan aseveraba que el asunto no había progresado debido a que se retomaba esta cuestión de querer “estudiar al loco”, y que el camino se allanaría, el día en que el analista se ocupe del psicótico, y responda a ese encuentro con “otra cosa” que la angustia. Esta “otra cosa” requería saber en qué estado actual del deseo se encontraba el analista como para que no surja en el análisis su propia angustia.

En palabras de DeBattista:

La posición del analizado se caracteriza entonces no sólo por el deseo sino por cierta relación particular al deseo que es producto del análisis y que ha generado una mutación en la economía del deseo. El analista está tomado por un deseo más fuerte, que puede llevar las cosas más allá del límite de la angustia y que se atreve a ir lo suficientemente lejos en la interrogación de un ser. (De Battista, 2016, p.118)

Entonces ¿Cuál es la posición del analista hoy en el encuentro con el psicótico? ¿Seguimos retomando la posición psiquiátrica? Es urgente la problematización de la temática, ya que actualmente, más allá de la existencia de una Ley Nacional de salud mental (26.657) que regula la protección de los derechos con personas con padecimiento mental, nos topamos con instituciones que utilizan como metodología el encierro, el aislamiento, en donde el único objetivo es apartar a dichos pacientes de los “sanos”. En donde el tratamiento rector es la medicación, la administración de “anti-psicóticos” para atenuar las alucinaciones y los delirios.

No se pretende desconocer los aportes de la farmacología en los tratamientos con psicóticos (como la postura extrema de la anti-psiquiatría), ya que en ocasiones, puede ser favorable, en la medida en que permite el acceso al símbolo y amaina las fuerzas pulsionales. No obstante, a lo que se apunta es que no sea un fin en sí mismo, sino que posibilite, a partir de ahí, generar movimientos con la ayuda del análisis.

Otro punto, que nos obliga a reflexionar sobre esto, es la permanente demanda de análisis de pacientes psicóticos, y su permanencia durante años en el tratamiento.

Ya Lacan a mediados del siglo XX, nos advertía de no retroceder ante los pacientes psicóticos, reconociendo que el armado de su delirio no es una enfermedad, sino, por el contrario, un proceso de restitución (Lacan, 1958), reconoce a dichos pacientes como sujetos del lenguaje, marcados por el significante, sujetos del deseo, en donde el psicoanálisis a través de su abordaje podía ayudar a paliar el sufrimiento, y acompañar en la constitución de un delirio, en el mejor de los casos, produciendo efectos terapéuticos.

Y como Lacan, que en aras de salvaguardar la causa psicoanalítica, no ve otra opción que proponer el retorno a Freud y realizar una revisión de los fundamentos de su obra, considero necesario un retorno a la obra de Lacan y su concepción de la psicosis como una estructura. En otras palabras, devolverle el estatuto de sujeto (del lenguaje) al psicótico. Este retorno debe llevarse a cabo desde una postura crítica, intentando problematizar los aportes lacanianos con la clínica actual.

¿A que nos referimos con esto? En primer lugar, este retorno es inevitable, ya que gran parte de los aportes hacia esta temática está marcada por lecturas deficitarias de las psicosis, principalmente de autores post-freudianos, limitando la discusión a la pérdida de la realidad y a la fragmentación yoica. Lacan, en cambio, apunto a dinamizar esta nueva versión del déficit y resituó el problema en torno en torno a la posición del sujeto en el lenguaje (De Battista, 2016).

Lacan asegura que la psicosis no se cura, el psicótico no podrá restaurar el sentido de lo que dice y mucho menos de entretenerlo con el discurso de los otros. Utilizar el yo del psicótico, como propone la psicología del yo, para relacionarse con el mundo exterior, no la aconseja Lacan. Encuentra en este Yo una imposibilidad para dar cuenta y responder al mundo exterior,

como lo haría un neurótico. (Lacan, 1955). Sin embargo, no con ello se descarta los beneficios que se les puede brindar en el dispositivo analítico para enmendar lo que se desanuda con el desencadenamiento de la psicosis (Báez, 2007).

Devolverle el estatuto de “sujeto” es no responder a la angustia que nos provoca con defensas protectoras como la teoría, convirtiéndolo en un objeto de estudio, tomando distancia de su contacto, o la prescripción de medicina únicamente. Las concepciones negativas, que ubican a las psicosis como un déficit, tropiezan con el interrogante sobre el sujeto y sus condiciones de producción.

Es muy habitual escuchar decir en las presentaciones de casos clínicos, que el paciente es el “objeto del goce del Otro” o es “presa de alucinaciones”, como si esos “fenómenos” fueran de otro... Lacan nos enseñó... El sujeto articula lo que dice escuchar. La alucinación no es sin su participación y comporta por lo tanto una parte de creación: El inconsciente que está allí literalmente, en ese discurso alucinatorio. (De Battista, 2016)

La forclusion no es una ausencia del sujeto del inconsciente, sino una función de lo inconsciente distinta de lo reprimido, en la que el psicótico se encuentra a merced del inconsciente; como un testigo.

Parecería ser que por un lado está la psicosis y por otro lado se encuentra el sujeto, dando a entender que la estructura psicótica tendría existencia propia por fuera de la estructura del lenguaje. (De Battista, 2016).

Entonces, si sostenemos que hay sujeto en las psicosis ¿Qué lugar ocuparía el analista en el análisis con estos pacientes? Este interrogante nos dirige inevitablemente a la vertiente transferencial.

La posibilidad de que el psicótico pueda o no establecer transferencia con el analista fue desde el comienzo del psicoanálisis un tema que ha sido problematizado desde diferentes perspectivas. Freud sostenía un imposibilidad para que estos pacientes entraran en transferencia, no obstante, también sostuvo que la transferencia se produce de manera espontánea en todas las relaciones humanas, indicando que no es un fenómeno específico del análisis (Freud, 1912).

Freud, a pesar de su teoría en la que sostenía que la libido era retirada de los objetos y vuelta al yo en estos pacientes, se interesó y trabajó con psicóticos. Como sabemos el presentado en el texto *Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica*, el análisis del caso del presidente Daniel Paul Schreber, y el caso de la señora P que se encuentra en el texto *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. De esta manera abrió el camino para muchos interrogantes en el campo de las psicosis. En palabras de Lacan, en relación al análisis freudiano del “caso Schreber” afirma: *La soltura que aquí se permite Freud, decisiva en este punto, es simplemente la de introducir en él al sujeto en tanto tal, lo que quiere decir no evaluar al loco en términos de déficit y de disociación de funciones*” (Lacan, 1966. p232).

En la enseñanza de Lacan, por su parte, la transferencia en cuanto es distinguible del amor, se sustenta mediante la fórmula del sujeto supuesto saber, puesto que “a aquel a quien supongo el saber, lo amo” (Rabinovich, 2018). Esto implica que en la transferencia están articulados un amor y un saber. Entonces ¿Cuáles son las características del amor y el saber en la psicosis, si sabemos que en la psicosis no se trata de demanda de amor ni de demanda al sujeto supuesto saber?

La estructura psicótica con sus leyes, constriñe a los analistas a un abordaje diferente, que el realizado con sujetos neuróticos. El psicótico no pregunta por la causa de su sufrimiento como un saber que se le escapa. Al neurótico se le pierde el saber de su síntoma, ese límite en su saber hace que le otorgue a otro sujeto (en este caso el analista) el lugar del saber. En el psicótico no sucede así, ya que en él se encuentra el saber, por lo tanto no tiene que suponérselo a ningún otro, en palabras de Lacan “El psicótico lleva el objeto a en el bolsillo”.

Maleval (2002) siguiendo a Lacan, explica que el objeto *a* no se sitúa en el campo del Otro, del lado del analista; es el psicótico, sujeto de goce, quien se siente como su almacén, mientras que el analista es vivido como un sujeto gozante con respecto al paciente. Esto pone al analista en el lugar de perseguidor, obstaculizando la dirección de la cura.

A partir de lo expresado, podríamos pensar que Lacan, más allá de que no niega la existencia de transferencia con sujetos psicóticos, también él sostiene una postura pesimista en relación a la intervención en el tratamiento con psicóticos. Ya que sus indicaciones refieren, fundamentalmente, a la prudencia, y lo que se debería evitar hacer en estos casos. No obstante, Lacan consideraba que, en su época, la teoría de las psicosis se encontraba en un estado preliminar, que obligaba a dar pasos moderados, para ir construyendo los principios del tratamiento. Entonces, surge nuevamente la pregunta ¿Por qué los psicóticos demandan análisis y prosiguen un tratamiento por años con un mismo analista, si no le suponen ningún saber en relación a su padecimiento?

Siguiendo a Calligaris (1991) podemos decir que a diferencia del neurótico que interpela a un sujeto supuesto saber, cuya función es simbolizada por él, un psicótico está interpelando algo de “un padre”, cuya función no puede ser simbolizada por él. Por esto mismo la metáfora que el construye es delirante. Un psicótico construyendo un delirio llega interpelando un lugar paterno con el cual tiene que relacionarse y colocando al analista en esta posición paterna. El problema, en ese momento, es determinar si esa ubicación es en el registro Real o en el registro Simbólico. Gabriel Lombardi, en su escrito *El diagnóstico de psicosis: el síntoma en la estructura*, sostiene que lo primero que debe hacer el analista es la cesión de la posición de sujeto al paciente, esto es lo que Lacan aconsejaba como, una sumisión del analista a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo. Este accionar abre el camino al desarrollo de la transferencia, ya que ésta implica que el paciente no reconoce al analista como otro

sujeto, sino que lo toma como objeto. El analista, al resignar sus títulos, sus significantes, su decir de sujeto del inconsciente, hace posible que lo que se despliega en el análisis, sean los títulos, significantes que representan al paciente.

A partir de esto, dicho autor afirma “*si el analista no tolera ceder la posición de sujeto al psicótico, no merece llamarse analista*”. En psicoanálisis nunca hay nada que vencer, porque no es el discurso del amo, Este discurso nos llevaría al terreno de la sujeción, apartándose del psicoanálisis.

En la psicosis no hay nada oculto (Lombardi, 1994), lo forcluido arroja al significante en lo real, desde donde retorna abiertamente en el síntoma. El analista debe orientarse a las coordenadas lógicas más que descifrar algo oculto, en el sentido de la represión freudiana. El psicótico es entonces un sujeto al que la significación fálica no enmascara; las coordenadas clínicas son más puras, aquí se encuentra el testimonio abierto de las posiciones subjetivas sin el velo de la significación fálica. Lo esencial de la alucinación es el fenómeno de lenguaje, el único que permite discriminar la posición del sujeto. El fenómeno encuentra en el lenguaje sus coordenadas de estructura.

A esta clínica del sujeto, no se accede sin esa sumisión, que es la propia del analista como clínico.

Hoy podemos decir que la clínica psicoanalítica es una clínica estructural, no es descriptiva ni fenomenológica, por lo tanto el diagnóstico se establece “en transferencia”, es en ella en que el paciente organiza su discurso, a partir del lugar en el que ubica al psicoanalista, por lo tanto si hay un diagnóstico hecho en transferencia entonces hay una clínica posible de las psicosis (Calligaris, 1991).

Soler (1991), por su parte, sostiene que el analista debe llamarse al silencio, posicionarse como testigo, como sujeto que no sabe, presentando un vacío en donde el sujeto colocara su testimonio. Sin embargo no basta con ser testigo, en ocasiones, es necesario dar orientación al goce, poner límites, o apoyar ciertas iniciativas del paciente. Es un alternar entre estas dos intervenciones.

Por lo tanto, el analista se sirve de distintas intervenciones, bajo transferencia, a modo de conservación, traducción, o puntuación, procurando algún tipo de detención, ya sea por la separación, ya sea por la nominación (Cors Ulloa, 2018).

Como observamos, en estas posturas, se abre camino hacia la invención, la creatividad, y otras posibles formas de intervenir en la clínica actual.

“Como dejarse enseñar por el sujeto que sabe” fue el posicionamiento de diversos autores (Rabinovich, D; Cors Ulloa, R; Dessal, G, etc.) que escribieron sobre la psicosis “bajo transferencia”. Dejarse enseñar por los tratamientos que dirigen, en ellos están las coordenadas. Sostienen que la transferencia y la apertura del inconsciente ya “no es más lo que era”, y, enfocándose en las psicosis “ordinarias”, proponen la invención y la creatividad a la hora de abordar estos tratamientos:

“*Nuestra práctica se toma el tiempo preliminar que la transfe-*

rencia le otorga para prestar especial atención a los más ordinarios detalles, a los signos discretos, a las piezas sueltas, que cada caso trae... lo cierto es que ninguna puntuación o conversación sería posible sin al menos una secuencia de significantes a traducir, y como es sabido, cuando dicha secuencia significativa es neurótica, logra detenerse gracias a la función NP; pero cuando se trata de la psicosis, dicha detención viene gracias a su invención...". (Cors Ulloa, 2018 p.6).

Este posicionamiento, se sostiene en lo trabajado por Lacan en su seminario 23 "El sinthome", donde pone de relieve cómo un "parletre" encuentra su solución por su modo singular de tratar "lalengua" (Cora, 2018). Aquí no se concibe a la psicosis como un déficit, esto es por la ausencia del Nombre del Padre y la falta de falo castrado, sino que funciona como modelo. La postura del analista se orienta por ser el sostén de la invención del sujeto en su trabajo sobre lalengua en su capacidad para encontrar una solución singular que concilie lo vivo y el lazo social, es decir, favorecer las maneras singulares de inventarse una solución inédita.

Se evidencia la necesidad de discriminar las psicosis ordinarias de las psicosis desencadenadas, ya que la intervención del analista no será la misma. Calligaris (1991) nos advierte que cuando la crisis ya se ha desencadenado, el paciente interpela al analista para poder constituir con él, una metáfora delirante, que responde a la situación de crisis que está siendo anticipada. Le interpela el lugar paterno en lo Real.

En cambio, la investigación sobre psicosis llamadas ordinarias agrega algunas hipótesis como la neotransferencia, lalengua de la transferencia, el psicoanalista como ayuda contra. Partiendo del hecho que para el sujeto psicótico el saber está de su lado, lo que motiva la "neotransferencia" no es el sujeto supuesto saber, sino lalengua en tanto que es la que permite que un significantes pueda hacer señas de algo que esta fuera del sentido (Miller, 2003).

En fin, en el encuentro con el sujeto psicótico, el analista debe "dejarse enseñar" por el sujeto que sabe, y que con su deseo podría hacerse de ese saber una elaboración.

Antes de concluir, realizare una breve digresión, para situar la problemática en un nivel más macro.

Consideramos que, las resistencias descritas anteriormente, no se reducen únicamente a la ciencia o específicamente al ámbito de la salud mental, sino a la sociedad toda, que perciben y actúan a través de distintos imaginarios sociales, que crean los dispositivos, definiendo lo normal y lo anormal; lo sano y lo patológico, lo bueno y lo malo; en suma construyen una realidad colectivamente y dificultan un cambio de perspectiva.

Michel Foucault (1961) a través de sus vastas investigaciones, nos ilumina la oscuridad del origen de la locura. Allí nos cuenta que la "locura" es una construcción de una sociedad, y que no se remite únicamente a una concepción científica. El internado, funcionando como un mecanismo social, fue la eliminación espontánea de los definidos "asociales", en esta categoría in-

gresan no solo los locos, sino los pobres, vagabundos, violadores, epilépticos, deformes, prostitutas, imbeciles. Entre todos ellos ningún indicio de diferencia. Y ¿Por qué se los consideraba asociales? Básicamente por las exigencias de la economía, una visión moral lo sostiene y anima. Foucault manifiesta:

"Antes de tener el sentido medicinal que le atribuimos, o que al menos queremos concederle, el confinamiento ha sido una exigencia de algo muy distinto de la preocupación de la curación. Lo que lo ha hecho necesario, ha sido un imperativo de trabajo. Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, solo encontramos la condenación de la ociosidad." (1961).

La época clásica habría empezado la concepción de la locura como desorganización de la familia, desorden social, peligro para el Estado, y paulatinamente, esta concepción se habría organizado y perfeccionado en una conciencia médica que habría llamado enfermedad de la naturaleza a los que era reconocido hasta entonces como un malestar en la sociedad.

Sabemos que el internado no solo ha desempeñado un papel negativo, ya que a través de sus prácticas y sus reglas, ha organizado y situado a la locura como una responsabilidad médica en la que se intenta curar estos padecimientos. Sin embargo, lo que queremos resaltar es, que parte de lo que hoy llamamos locura, se constituyó a través de imaginarios sociales que la definieron como algo "extraño" "anormal". La familia, por ejemplo, funcionaba como regla social y de norma de la razón, y es ella la que exige y obtiene el internamiento. La familia excluye como propio de la sinrazón todo lo que no es conforme a su orden o a sus intereses:

"...que la locura haya sido bruscamente investida en un mundo social, donde encuentra ahora su lugar privilegiado y casi exclusivo de aparición... Para que los hombres irrazonables puedan ser denunciados como extranjeros en su propia patria, es necesario que se haya efectuado esta primera alienación, que arranca la sinrazón a su verdad y la confina en el solo espacio del mundo social... en esa sociedad que un día había de designar a esos locos como "alienados", es en ella, inicialmente, donde se ha alineado la sinrazón; es en ella donde se encuentra exiliada, y donde ha caído el silencio... Ha sido puesta a distancia, a una distancia que no es tan solo simbolizada, sino realmente asegurada en la superficie del espacio social, por los muros de las casas de internados" (Foucault, 1961 p.).

Es necesaria la creación de espacios de debate, de reflexión de esta problemática, no sólo en instituciones de formación en salud mental, sino en las distintas instituciones públicas, ya que es un asunto que está atravesado por distintos dispositivos sociales que influyen en su concepción, y por consiguiente en su tratamiento.

Desde hace unos años, los seguros de salud son los que dictan políticas en materia psicología. Financiados por el Estado o por organizaciones privadas, justifican la intervención profesional para valorar su propia eficacia. De este modo, psicólogos y psi-

coanalistas ingresamos y quedamos incluidos en el mercado. Y los pacientes, por su parte, quedan incluidos en categorizaciones, etiquetas, que ignoran el contexto.

Como sostiene Kacero (2017), es más fácil pensar el sufrimiento a través de la simplificación de nombres y clasificaciones, pero lo que es difícil es aceptar cuales son las condiciones de posibilidad que la sociedad genera para que emerjan como tales.

Lacan en 1958, afirma que a pesar de que había pasado medio siglo del comienzo de la obra freudiana, la situación con respecto al problema de la psicosis era la misma. ¿Podemos afirmar actualmente que la situación es la misma, después de las teorizaciones lacanianas? Por supuesto que no, cada vez más se encuentran en artículos científicos y en la presentación en congresos, estudios sobre la materia; la realización de talleres, ateneos clínicos, seminarios donde se presentan casos de pacientes psicóticos; en la formación de grado va adquiriendo mayor protagonismo, etc. sin embargo, mucho queda por hacer, y este es el objetivo principal de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Allouch, J. (1989). *Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica*. En *Littoral Las psicosis* (pp. 39-65). Córdoba: Editorial la Torre Abolida.
- Báez, J. (2007). *Intervención en la psicosis desde el psicoanálisis*. En Tesis psicológica. No 2. 2007. 103-110.
- Calligaris, C. (1991). La estructura psicótica fuera de la crisis. En *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis* (pp. 9-36). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Calligaris, C. (1991). La transferencia psicótica. En *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis* (pp. 77-96). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Cora, M.E. (2018). *Solidificación un efecto de la transferencia*. En *Papers 777*. No 6.3. pp. 13-15.
- Cors Ulloa, R. (2018). *La transferencia y el acto del analista, el desenlace que cada uno inventa*. En *Papers 777*. No 6.1. pp. 5-8.
- De Battista, J. (2016). *El deseo en las psicosis*. Argentina, Bs. As. Letra Viva.
- Foucault, M. (1961/2006) *Historia de la locura en la época clásica I*. España, Barcelona. S.L Fondo cultura económica de España.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Obras completas: Sigmund Freud (vol. 12, pp 93-105). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-17). *Conferencia 27. La transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932). *Conferencia 34. Esclarecimientos, aplicaciones y orientaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1955/56). *Seminario 3. Las Psicosis* Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1960). *Ágalma*. En *Seminario 8 La Transferencia* (pp. 161-176). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). Presencia del analista. En *Seminario 11 Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis* (pp. 129-141). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos II (pp. 513-564).
- Lombardi (1994). *La clínica del psicoanálisis 3. Las Psicosis*. Buenos Aires: Atuel.
- Maleval, J. (2002). Antes de "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica* (pp. 335-370). Buenos Aires: Paidós.
- Maleval, J. (2002). Más allá de "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica* (pp. 371-416). Buenos Aires: Paidós.
- Rubinovich, D. (2018). *Transferencia y acto analítico en las psicosis*. En *Papers 777*. No 6. Pp. 2-4.
- Soler, C. (1991a). ¿Qué lugar para el analista? En *Estudios sobre las psicosis* (pp. 7-14). Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (1991b). El sujeto psicótico en el psicoanálisis. En *Estudios sobre las psicosis* (pp.45-52). Buenos Aires: Manantial.