

Tesis de Maestría en Clínica Psicoanalítica

**“Acerca de los posibles aportes del psicoanálisis de
orientación lacaniana a la externación de sujetos
psicóticos llamados crónicos”**

Universidad Nacional de San Martín

Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales

Tesista:

Juan Miguel Pinto

Directora de Tesis:

Elena Levy Yeyati

Buenos Aires, Octubre de 2023

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a mi familia, amigos y compañeros de la Maestría en Clínica Psicoanalítica por ser un soporte en este proceso de investigación.

A Laura por acompañarme con dulzura y sin condiciones en largas horas de estudio.

A Leticia Acevedo y a Juan Carlos Stagnaro por su generosidad.

Especialmente a Elena Levy Yeyati por su orientación y transmisión en este recorrido de trabajo.

Índice

Introducción.....	12
Resumen.....	14
Metodología.....	15
1- Aspectos generales.....	15
2- Estado actual del tema.....	15
3- Objetivos generales.....	16
4- Hipótesis.....	17
5- Periodización elegida.....	17
6- Metodología.....	18
a- Marco teórico.....	18
b- Estudio de fuentes.....	19
Formulación de problema.....	20
Estado del Arte.....	23
Capítulo 1- Descripción e historia del abordaje institucional de la locura.....	23
Capítulo 2- Descripción e historia de la noción de psicosis.....	29
Capítulo 3- El problema de lo incurable en la psicosis: Freud y sus interrogantes.....	32
Capítulo 4- Investigaciones sobre la externación de pacientes en nuestro medio.....	35
1- Dispositivos para la externación de pacientes psicóticos.....	35
2- Experiencias de externación de pacientes psicóticos en nuestro medio.....	36
3- Políticas de externación sustentable en la actualidad.....	38

Capítulo 5- El concepto de cronicidad.....	40
1- Definiciones de la noción de cronicidad según organismos internacionales de la salud...	40
2- La noción de cronicidad en los movimientos de desinstitucionalización.....	40
3- La noción de cronicidad en la psiquiatría.....	42
4- La noción de cronicidad en la obra de Sigmund Freud.....	45
Marco Teórico.....	48
Capítulo 6- Crítica del concepto de cronicidad.....	48
Capítulo 7- Posibles aportes a la externación.....	51
1- Discernir la presencia (o ausencia) de metáfora delirante: criterios a tener en cuenta..	52
a- Diferencia entre metáfora delirante y delirio.....	54
b- Metáfora delirante y externación en Schreber.....	58
c- La excepción esquizofrénica.....	63
2- Discernir la presencia (o ausencia) de coordenadas que señalan riesgos de pasaje al acto:.....	63
a- Criterios a tener en cuenta frente al pasaje al acto como salida brutal de la escena....	63
b- Pasaje al acto como ataque al mal en sí y/o en el otro.....	65
c- Pasaje al acto y responsabilidad subjetiva.....	67
3- Discernir, según el discurso, modos posibles de pasaje al acto.....	68
a- El pasaje al acto para la psiquiatría.....	68

b- El pasaje al acto para las organizaciones internacionales en materia de salud.....	70
Capítulo 8- La libertad en las psicosis.....	72
1- Crítica de Lacan a la anti psiquiatría.....	72
2- Crítica de Lacan a Henri Ey.....	74
Capítulo 9- De la práctica a la teoría: crítica de Lacan a los desarrollos posfreudianos.....	77
Capítulo 10- Aproximaciones a la posición del analista.....	82
1- El analista en la institución hospitalaria.....	82
2- Aproximaciones a la posición del analista en las psicosis.....	85
a- La no comprensión apresurada.....	85
b- Evitar la proyección imaginaria en las psicosis.....	88
c- El analista secretario del alienado.....	90
d- El analista ayuda contra y el analista sinthome.....	92
e- No retroceder, acompañar.....	93
Capítulo 11- Entradas y salidas.....	95
Capítulo 12- Casos clínicos.....	100
Caso Ricardo – De la intromisión a la misión de Dios.....	100
Discusión clínica del caso.....	103
Caso Samuel – Lo insistente de la voz.....	104
Discusión clínica del caso.....	106
Conclusiones.....	107
Bibliografía.....	109

Introducción

El interés por la temática abordada en la presente investigación, correspondiente a la tesis de la Maestría en Clínica Psicoanalítica de la Universidad Nacional de San Martín, parte de diversos interrogantes que aparecieron durante la práctica llevada a cabo en el ámbito hospitalario. En el mismo, tuvo lugar una primera incursión en el Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que posteriormente fue seguida de una segunda inserción en el Hospital Interzonal Especializado Dr. Domingo Cabred de la localidad de Open Door en Luján.

En ambos espacios, la práctica me permitió abocarme al tratamiento de pacientes psicóticos, que en todos los casos, ya se tratase de niños, adolescentes o adultos, de un sexo o de otro, transitaban o habían cursado una internación hospitalaria en algún momento de sus vidas.

Algunos de ellos eran habitualmente llamados crónicos, significante que se repetía y que, a pesar de lo disímil que era cada uno de los casos abordados, no cesaba de tener lugar en el discurso cotidiano a la hora de referirse a ellos.

La ineludible referencia al plano temporal de la estadía hospitalaria de quienes eran denominados de dicha manera hizo que la pregunta acerca de cuándo una internación era suficiente para un paciente psicótico internado comience a abrirse camino hacia una progresiva tarea de investigación que no solo implicó nuevos interrogantes sino que en primer lugar condujo a la lectura de referencias en el campo de la psiquiatría y del psicoanálisis. Considerables diferencias surgieron en las respuestas encontradas. Las diversas orientaciones teóricas,

corrientes de pensamiento y doctrinas existentes no resultan del todo coincidentes a la hora del establecimiento de criterios para la temática.

Resumen

Esta tesis se enfoca principalmente en los desarrollos del psicoanálisis de orientación lacaniana a propósito de las psicosis en general y del problema de la cronicidad en su relación con los tiempos de la internación en particular. La tesis también aborda la temática desde otras perspectivas (como la de la psiquiatría clásica y la que es representativa de las organizaciones internacionales en materia de salud); las diferentes estrategias y dispositivos, principalmente de índole comunitario. Todo ello se realiza con el objetivo de poner en tensión los distintos abordajes sobre un mismo tema.

En la investigación es posible vislumbrar un recorrido histórico que muestra tanto las serias consecuencias que conllevan las internaciones pensadas como castigos o aislamientos para los pacientes, así como las externaciones apresuradas.

A partir de allí, esta tesis se adentra en la distinción de aquellos criterios clínicos que el psicoanálisis de orientación lacaniana tiene la posibilidad de aportar a la hora de la toma de decisión respecto de la externación de un paciente psicótico. Nuevamente se intenta poner en tensión el entendimiento que se tiene de estos criterios desde otros discursos.

Finalmente se propone un acercamiento a distintas consideraciones que atañen a la posición del analista en el ámbito hospitalario y en el tratamiento de las psicosis, para comprobar la importancia que conlleva contemplar la posibilidad del tratamiento analítico desde la entrada a la internación.

Metodología

1- Aspectos generales:

El trabajo relativo a la presente investigación contemplará como método general en primer lugar el análisis de contenido de textos y su enfoque será cualitativo ya que permitirá una mejor indagación de los temas investigados. Asimismo, su diseño será de índole exploratoria. A partir de dicho abordaje en un segundo momento se realizará una articulación clínica con casos correspondientes a la práctica hospitalaria.

2- Estado actual del tema:

Es posible vislumbrar que la temática correspondiente a la externación de psicóticos considerados crónicos desde finales del siglo XX es asunto de atención para los organismos internacionales de la salud. Ya sea de manera explícita o implícita en los fundamentos que estos han sostenido se puede apreciar la primacía de los desarrollos teóricos correspondientes a la psicología comunitaria. Esta tendencia puede leerse por ejemplo en la *Declaración de Caracas* de 1990 donde tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se pronunciaron a favor del cierre de los hospitales manicomiales, promovieron su reconversión en modelos de atención comunitaria como son los Sistemas Locales de Salud (SILOS) e indicaron que la formación del recurso humano en salud debe hacerse siguiendo los modelos de salud comunitaria.

De dicha posición actualmente se desprenden numerosas legislaciones estatales que son consonantes con los postulados de la Declaración de Caracas, como lo es la Ley 26657 – Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina.

Del mismo modo aunque con menor predominancia al seguir la bibliografía psicoanalítica sobre el tema de investigación es posible encontrar referencias recientes de vital importancia para los fines del presente trabajo como lo es *Atravesar paredes. La locura, de la psiquiatría al psicoanálisis* libro de Francesca Biagi-Chai publicado en idioma español en el año 2021, quien en el marco de entrevistas realizadas por dos psicólogas responde interrogantes correspondientes a las posibilidades del psicoanálisis de respetar la trayectoria singular de los pacientes durante las internaciones y así abrir camino a una externación.

3- Objetivos generales:

Teniendo presente el marco que brindan el auge de los modelos comunitarios y la crítica de los sistemas manicomiales, en el presente trabajo de investigación se perseguirán los siguientes objetivos generales:

- a- Rastrear el concepto de psicosis en la Psiquiatría Clásica
- b- Elucidar el concepto de psicosis en Lacan
- c- Elucidar el concepto de cronicidad

El acento en la elección de dichos objetivos contempla como fin la indagación de los conceptos de estabilización, de estructura no curable y la relación de esta última con la cronicidad. Conceptos que deben ser reintroducidos en el marco mencionado, de donde han sido desplazados.

4- Hipótesis:

La posición del analista de la orientación lacaniana por tener herramientas para circunscribir mejor la singularidad sirviéndose del concepto de *parlêtre* habilita el discernimiento de criterios clínicos que posibiliten la externación de sujetos psicóticos llamados crónicos por otros discursos.

5- Periodización elegida:

La fecha de aparición de la obra de Michel Foucault *Historia de la locura en la época clásica* en 1961 servirá de límite inferior a la presente investigación. Dicha fecha se sitúa en un periodo histórico marcado por los inicios del movimiento de la antipsiquiatría, las críticas a los sistemas asilares y la expansión de los modelos de salud comunitaria.

Por otro lado, la presente investigación contempla como límite superior del período elegido, la aparición de la Ley 26657 (Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina) promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada el 28 de mayo de 2013 por medio del decreto 603/2013. La promulgación de la misma significó un hecho de relevancia en relación a la

temática abordada ya que en sus artículos se aborda, entre otras nociones, la circunstancia de la internación.

El período así delimitado permitirá ubicar el origen y sentido de los diferentes abordajes institucionales e indagar de manera conveniente los diversos dispositivos ligados a la internación de psicóticos así como sus sucesivas transformaciones y dificultades.

El trabajo de investigación bibliográfica enmarcado de este modo permitirá hacer una lectura *après-coup* sobre la importancia de desarrollos previos, acerca de las psicosis, tanto en el campo de la psiquiatría (Pinel y la alienación mental; Kraepelin y la nosografía de la paranoia y la parafrenia; Bleuler y la esquizofrenia; de De Clérambault y el automatismo mental, entre otros), como en el campo del psicoanálisis (Freud quien no recomendaba el abordaje psicoanalítico de las formas graves de psicosis; Lacan que investigó las posibilidades del tratamiento psicoanalítico de las psicosis).

6- Metodología:

a- Marco teórico:

El marco teórico está compuesto por los desarrollos de Jacques Lacan asociados a las psicosis, tanto en su tesis doctoral y escritos relativos a dicha época, así como a los distintos momentos de su enseñanza. Del mismo modo se incluyen los abordajes de diversos autores que se corresponden a la orientación lacaniana del psicoanálisis como lo son Jacques Alain Miller, Eric Laurent, Guy Trobas, Vicente Palomera, Francesca Biagi-Chai, entre otros. La elección de

los mismos a la hora de estudiar la temática se debe a que estos se abocaron en diferentes instancias al estudio del campo de las psicosis, así como de la posición del analista en el tratamiento de estas.

b- Estudio de fuentes:

En la presente investigación se utilizan las siguientes fuentes primarias:

a- Casos clínicos correspondientes a la práctica hospitalaria que se encuentran asociados a las temáticas concernientes a la presente investigación.

b- Publicaciones periódicas de revistas especializadas en la temática correspondiente a la investigación, en formatos físico y digital.

c- Libros vinculados a las temáticas investigadas.

d- Boletines y documentos sanitarios de índole estatal y de organizaciones internacionales.

e- Legislaciones asociadas a los temas investigados.

Formulación de problema

Actualmente se suceden diferentes debates políticos respecto a las decisiones sanitarias ligadas a los tratamientos de aquellas personas que se encuentran alojadas en instituciones abocadas al abordaje de la salud mental. Los mismos existen y tienen lugar desde hace tiempo pero en este momento giran principalmente en torno a problemáticas recurrentes para los diferentes actores del campo de la salud a la hora de discernir cuando una internación es suficiente o no para una persona, no quedando debidamente claros los lineamientos que se siguen a la hora de dar por finalizados los tratamientos que tienen lugar en el marco de las internaciones.

Si bien la legislación actual en materia de salud mental en la Argentina, la Ley 26657, plantea de manera canónica cual es el criterio para la internación de las personas, no quedan del todo claros los alcances de los discernimientos de la mencionada ley sobre las externaciones de las personas previamente internadas. La Ley 26657 hace alusión al criterio del riesgo, como lo demuestra su artículo 20, cuando se pronuncia acerca de las condiciones necesarias para una internación de índole involuntaria. Es decir, aquella que no cuenta con el consentimiento brindado por la persona internada, [entendiendo dicha internación “como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y (...) cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (2010, p.6)]. Sin embargo, poco se dice sobre sus externaciones.

Recaen los fundamentos expresos de la misma única y exclusivamente en la prioridad por garantizar la brevedad en la duración de la internación. En este sentido, el cuerpo de la ley 26657 en su artículo 15 refiere que “la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios

terapéuticos interdisciplinarios” (2010, p.5) pero no discierne ni determina cuales son los mismos. Es decir que no profundiza respecto a parámetros clínicos que ilustren con mayor precisión el asunto antes señalado o despejen la problemática en cuestión.

Más allá de los criterios basados en los aspectos temporales cronológicos antes mencionados, se sucede otra dificultad, que se anexa a la antes descripta. Tal dificultad surge de lo que los discursos sanitarios denominan “cronicidad”, en referencia a aquellos casos en los que se verifica la persistencia de síntomas de diversa índole, las dificultades para su remisión. Sujetos psicóticos en su mayoría que, por diferentes razones, prolongan sus internaciones en las instituciones en las que son ingresados y viven allí durante extensos periodos de tiempo, entrando su situación en contradicción con lo antes dispuesto por el discurso legal actual.

Entre los años 2018 y 2019 se realizó en Argentina un censo a nivel nacional que, entre otros objetivos, pretendía cuantificar la cantidad de personas internadas por motivos de salud mental en el país. Sus resultados fueron publicados en 2019 y entre los mismos es posible evidenciar que las duraciones promedio del tiempo de las internaciones eran de 8,2 años, llegando a 12,5 años en el sector público de la salud. Es decir que se evidencia una paradoja entre el objetivo perseguido por las legislaciones vigentes y los datos arrojados por las estadísticas actuales existentes. Mientras por un lado se promueve una breve internación en materia de salud mental, es decir, se aboga por una externación que no se prolongue en el tiempo, por otro lado, la temporalidad de las internaciones para los sujetos psicóticos llamados crónicos por los discursos actuales aún evidencia la larga duración de las mismas.

Incluso es posible señalar respecto de esta temática como uno de los organismos de derechos humanos de referencia en la Argentina, el Centro de Estudios Legales y Sociales

(CELS) en un documento del año 2020 llamado *A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: propuestas para saldar una deuda histórica* señala que aún es necesario hacer una evaluación de la calidad de las externaciones. Precisamente en una de sus propuestas para garantizar la externación de las personas internadas concibe la importancia de desarrollar sistemas de control y evaluación de las mismas.

Así también, es preciso destacar que existen en nuestro país estudios epidemiológicos como el desarrollado por Alberdi en 2005 a propósito de los procesos de la internación y externación que ahondan en un fenómeno llamado *revolving-door* o puerta giratoria, observable preferentemente en pacientes con internaciones de largo plazo. Estos trabajos estudian la reinternación de los pacientes externados recientemente y sus resultados indican que el 44 % de quienes tienen internaciones prolongadas presentan externaciones y reinternaciones reiteradas. En la actualidad es factible apreciar cierta connotación peyorativa que recae sobre este fenómeno, principalmente por parte de las corrientes ligadas al sanitarismo, lo cual no solo relanza la necesidad de poner en tensión ciertos aspectos del mismo, sino también de estudiar con mayor amplitud la temática ligada a la externación de los sujetos psicóticos llamados crónicos y el lugar del psicoanálisis respecto de la misma.

Frente a la situación y problemática antes descrita surge la siguiente pregunta:

¿Qué herramientas puede aportar el psicoanálisis de orientación lacaniana en la externación de sujetos psicóticos llamados crónicos?

Estado del Arte

Capítulo 1

Descripción e historia del abordaje institucional de la locura

Entre los diversos antecedentes del abordaje de la locura que existen el del encierro o encarcelamiento de los llamados locos y los delincuentes era concebido como un acto necesario para las sociedades de la Edad Media. Michel Foucault señala en *Historia de la locura en la época clásica* que este cobró especial preponderancia en Europa durante de los siglos XV y XVI, cuando los leprosarios, que empezaban a presentar mermas en la cantidad de personas llevadas allí, comenzaron entonces a ser utilizados como lugar de contención para los locos.

En dicho periodo histórico existieron incluso notorios personajes que luego de ser considerados como locos fueron encarcelados. Uno de esos casos fue el de Juana I de Castilla, conocida por su sobrenombre “La loca”, reina de Castilla entre 1504 y 1555 y de Aragón desde 1516 hasta 1555, quien tal como señala el biógrafo alemán Ludwig Pfandl en su libro *Juana la loca: madre del emperador Carlos V: su vida, su tiempo, su culpa* si bien no hizo uso del poder que según sus títulos monárquicos le correspondía, vivió encerrada en Tordesillas desde 1509 con motivo de la imputación por parte de su padre de padecer una enfermedad mental vinculada a la celotipia.

Por otro lado, no solo pinturas como la *Extracción de la piedra de la locura* de Hieronymus Bosch, conocido popularmente por su nombre artístico El Bosco permiten apreciar

algunos de los abordajes institucionales de la locura en la Edad Media, sino que existen también obras literarias de la época antes mencionada que dan cuenta de los modos de concepción del fenómeno de la locura y de algunas de las prácticas utilizadas para el abordaje de este, así *La nave de los necios* de Sebastian Brandt en 1494 o *Elogio de la locura* de Erasmo de Rotherdam en 1509, cada una con una concepción diferente del loco y de la locura, vieron la luz hacia finales del siglo XV e inicios del siglo XVI respectivamente.

En *La nave de los necios* de Sebastian Brandt es posible apreciar un contexto social en el cual el loco bajo la rúbrica del vagabundo pasaría a ser aquel que era expulsado de las ciudades o ingresado a barcazas vulgarmente llamadas naves de los locos para así ir por el mundo en un tránsito constante recordándoles la verdad a sus interlocutores. A propósito de esta particularidad señala Foucault:

El loco, al contrario, recuerda a cada uno su verdad; en la comedia, donde cada personaje engaña a los otros y se engaña a sí mismo, el loco representa la comedia de segundo grado, el engaño del engaño; dice, con su lenguaje de necio, sin aire de razón, las palabras razonables que dan un desenlace cómico a la obra. Explica el amor a los enamorados, la verdad de la vida a los jóvenes, la mediocre realidad de las cosas a los orgullosos, a los insolentes y a los mentirosos. (1967, p.15)

Partiendo de estos desarrollos y apreciando las diversas prácticas en relación a la locura antes mencionadas, es propicio concebir que el rechazo y la segregación por parte de las sociedades terminarían convirtiéndose en el rasgo distintivo del tratamiento social de este fenómeno para la época.

Sin embargo, siguiendo nuevamente a Foucault, es posible advertir que la locura fue abordada de diferente modo luego del siglo XVI, pasando de una perspectiva mística y asociada a la obra de los demonios a ser absorbida por la razón y de este modo reducida de su concepción anterior a un abordaje alejado de antiguas prácticas antes mencionadas.

Durante el Renacimiento, las instituciones religiosas se ocuparon de quienes eran considerados locos y la internación de estos oscilaba entre la asistencia para quienes eran considerados buenos o dignos del perdón de sus pecados y el castigo para los que no lo eran o los malos. En este sentido Foucault dirá que en esta época “todo internado queda en el campo de esta valoración ética; mucho antes de ser objeto de conocimiento o de piedad, es tratado como sujeto moral” (1967, p.53), es decir se consolidan las bases para un abordaje moral de la locura a partir del siglo XVIII que tendrá como campo de acción a la medicina y lugar en el hospital.

Philippe Pinel, médico francés, director de la Salpêtrière fue quien en Francia impulsó dentro del ámbito hospitalario una serie de modificaciones en el tratamiento moral de los alienados, que implicaban en muchos casos la anulación de los castigos y de los encadenamientos de estos. A pesar de que según señala Pinel en su *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía* ya aparecen en Celso indicaciones a propósito del tratamiento de los locos orientadas a la redirección de sus ideas por ser consideradas falsas o extraviadas, se separa de estas consideraciones y por su parte concibe como tratamiento para aquellos a quienes considera alienados un abordaje moral de las afecciones que acarrea la alienación mental, dejando de lado las prácticas de encadenamiento, reclusión y sangrías a las que eran sometidos.

Cabe destacar justamente que es a causa de la concepción de un tratamiento moral para la alienación mental que surgen formalmente los dispositivos de internamiento. En estos se

planteaba la idea de aislar al alienado para que se aboque a la regulación de sus pasiones dentro de los dispositivos y logre así reencausar las mismas y orientarlas según la razón. En Argentina fueron creados bajo esta disposición numerosos establecimientos que perseguían dicho objetivo. Hacia el año 1854 se fundan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el Hospital Moyano y en 1863 el Hospital Borda, los seguirá ya en zonas más alejadas de la Capital del país, en Melchor Romero el Hospital Alejandro Korn en 1864 y posteriormente en 1899, bajo el modelo escoces de psiquiatría a puertas abiertas el Hospital Cabred, de la localidad de Open Door. Asimismo en 1915 se crea el Hospital Colonia Montes de Oca de Torres, estos últimos pertenecientes al partido de Luján.

Así como existen diversos antecedentes y datos relativos al devenir que fueron teniendo los abordajes institucionales de la locura y las internaciones para los locos desde la Edad Media hasta la actualidad, es posible destacar una diferencia radical respecto de la información existente en torno a la externación de estos. No es posible establecer una diacronía de las externaciones de los hospitales psiquiátricos con la minuciosidad que han estudiado autores como Foucault el fenómeno de la internación en estas instituciones. Es posible destacar sin embargo la existencia de diferentes políticas y estrategias, principalmente a partir de mediados del siglo XX, con el fin de externar a quienes fueron internados en el hospital.

En primera instancia es posible señalar a la política del sector psiquiátrico en Francia como uno de los antecedentes más importantes en la materia. Según refiere la Dra. María Nathan a propósito de esta en su artículo *1976/ 1988, Argentina; 1988/2018, Francia. Dos países, dos experiencias, una práctica* el sector:

Consiste en dividir la población siguiendo un número determinado de habitantes y haciéndoles corresponder una serie de estructuras que van desde la consulta hasta la hospitalización, y luego el seguimiento del paciente en cuestión una vez dado el alta. Es un dispositivo que consta de un abanico de posibilidades terapéuticas y que parte de la noción de guardar el lazo entre el lugar de origen del paciente y los recursos que el sistema público puede proponerle. (2019)

Dicha política que según refiere Nathan nació en 1960 a partir del impulso de psiquiatras como Lucien Bonnafé y François Tosquelles, significó una posibilidad de descentrar el tratamiento de la patología del hospital hacia afuera de este y evitar la ruptura del vínculo entre el paciente y su entorno (familiares y equipo terapéutico), algo que ocurría principalmente en el caso de las internaciones en hospitales asilares lejanos a las comunidades de origen de los pacientes.

A propósito de esta política el periodista Patrick Coupechoux quien ha publicado numerosos artículos a propósito de la situación de la psiquiatría contemporánea, en *La psiquiatría en Francia: negación de la locura y domesticación del sujeto* refiere que el desmantelamiento de la psiquiatría de sector en Francia fue progresivo y sus consecuencias se traducen en el abandono de pacientes en la cárcel, en la calle o en hospitales donde los tratamientos se reducen a la medicación.

Otro de los principales antecedentes de externación de pacientes psicóticos en Europa tuvo como eje la reforma de los hospitales psiquiátricos con el objetivo inicial de alcanzar el cierre de los manicomios. Fue Franco Basaglia, psiquiatra italiano, quien en 1977 llevó adelante el cierre del manicomio italiano de Trieste. A dicha medida se le sumó un año más tarde la

sanción de la *ley 180* que pondría en marcha el desmantelamiento progresivo de los hospitales psiquiátricos en Italia.

De la descripción e historia del abordaje institucional de la locura señalados hasta aquí concluimos que las investigaciones sobre las externaciones de los hospitales psiquiátricos están notablemente menos extendidas que aquellas realizadas sobre las internaciones.

Capítulo 2

Descripción e historia de la noción de psicosis

El Barón Ernst von Feuchterslebe, médico austriaco nacido en Viena, fue quien empleó por primera vez el término psicosis en 1845, su utilización estaba emparentada con la psicopatía y se la asociaba a una etiología orgánica. Es posible advertir que no es del todo clara la distinción entre las nociones de psicosis y neurosis en esta época.

Siguiendo los desarrollos del psiquiatra francés Georges Lanteri-Laura en su *Ensayo sobre los Paradigmas de la Psiquiatría Moderna* es posible distinguir que es en el campo de la psiquiatría donde hacia mediados del siglo XIX y hasta entrado el siglo XX las psicosis cobran relevancia y comienzan a ser objeto de estudio bajo diferentes premisas y perspectivas. Dicho trabajo presentó discusiones entre diversas concepciones de las mismas, de modo tal que es posible vislumbrar una diacronía en la materia que da cuentas no sólo de críticas sino también de cambios sustanciales de paradigma, que no implican de modo radical el abandono de las antiguas construcciones teóricas sino más bien un solapamiento de estas que conlleva que perduren en el tiempo.

Partiendo de esta distinción es importante destacar que la introducción de la locura al campo de la medicina ocurre formalmente cuando Philippe Pinel ubica a la misma en términos de alienación mental, es decir cuando comienza a ser considerada en tanto enfermedad. Así para él, la alienación mental es una entidad en sí misma, capaz de encontrar la variación de diferentes

tipos en el transcurso de la vida de una persona. Entre estas posibilidades ubica al idiotismo, la melancolía, la manía y la demencia, a las que en su *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía* denomina como “cuatro clases de extravíos que requieren de una manera general el nombre de alienación mental”. (1809, p.5)

Sin embargo a este periodo naciente de la psiquiatría se le advino la dificultad de no poder circunscribir todas los tipos en los cuales podía variar la alienación mental a una única entidad. Aparecieron así desarrollos como los de Jean-Pierre Falret que apostaban a una diversidad de entidades distinguibles unas de otras. De este modo, de la diferenciación de la alienación mental de otras enfermedades de índole médica, se pasó a la distinción de signos entre las diversas enfermedades mentales. Este periodo se corresponde con progresos decisivos en la semiología médica (Lanteri-Laura, 1998, p.125).

Un ejemplo de dicha distinción fue el que llevó a cabo Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, quien ubicó la demencia precoz en contrapunto con la paranoia. Sin embargo es posible ubicar una crítica a la concepción de la demencia precoz en Kraepelin por parte de Eugen Bleuer, psiquiatra suizo, quien emparentado al psicoanálisis por su relación con Freud, ahondó en la distinción de la esquizofrenia por medio de los mecanismos psíquicos que le eran propios, es decir la esquizia (Spaltung). En su informe de 1926 *La esquizofrenia* Bleuer plasma de manera contundente su crítica a la clasificación de Kraepelin acerca de la demencia precoz argumentando la contradicción en la presencia de casos donde la irrupción de la enfermedad no era precoz en la vida del paciente, es decir llegaba ya entrada la adultez y por otro lado, respecto de que a diferencia de la demencia existían casos en los que ciertas facultades mentales se conservaban sin grandes deterioros hasta las últimas fases de la misma.

Cabe destacar la presencia de otro tipo clínico proveniente de la clasificación de la *Octava edición del Tratado de Psiquiatría* de Kraepelin, el de la parafrenia. Siguiendo sus desarrollos, se entiende por parafrenia a una entidad caracterizada por la presencia de delirios de tinte paranoide y alucinaciones, que se puede subdividir en cuatro formas clínicas según su presentación. La parafrenia sistemática, la expansiva, la confabulatoria y la fantástica. En Kraepelin también es posible ubicar desarrollos que ahondan en la categoría nosografía de la locura maniaco-depresiva, de la cual destacó por un lado su predisposición a la alternancia y variabilidad de estados que oscilan entre la manía y la melancolía cuando refiere “el hecho de que, en un brevísimo espacio de tiempo, cada caso particular puede experimentar las más diversas transformaciones”. (1913 [2012], p.51)

También es importante destacar los desarrollos del psiquiatra francés Gaëtan Gatian de Clérambault en torno a las psicosis ya que los mismos, aunque prescindiendo de la concepción de la etiología orgánica, fueron tomados por Jacques Lacan en el inicio de su enseñanza. Entre sus conceptos centrales se ubica el de síndrome de automatismo mental. Según Paul Bercherie en *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico* De Clérambault lo concibe como un proceso autónomo, cuyo carácter central consta de tres características esenciales correspondientes a sus signos y son las de ser anideico, neutro y asensorial. Los delirios, que pueden ser posteriores en el tiempo, son en cambio concebidos como sobreagregados que provienen de la vida del sujeto y que no guardan relación con el automatismo en sí mismo.

Capítulo 3

El problema de lo incurable en la psicosis: Freud y sus interrogantes

Para circunscribir el interés de Freud por las psicosis es preciso partir de los primeros momentos de su obra. Ya en 1895 y 1896 es posible advertir desarrollos a propósito de la paranoia en el marco de los fragmentos de su correspondencia con Wilhelm Fliess. Estos se ubican esencialmente en los Manuscritos H y K respectivamente, luego en 1910, aún interesado en el estudio de las psicosis, se interioriza en las *Memorias de un enfermo nervioso* de Daniel Paul Schreber, las cuales habían sido publicadas en 1903 luego de haber recibido el alta del asilo de Sonnestein en Pirna ciudad cercana a Dresde. A pesar de no haber estado sujeto al tratamiento de Schreber el historial clínico que construye de sus memorias le permite a Freud reseñar y apuntalar algunos de sus desarrollos teóricos previos en la materia. Finalmente terminará por nombrar al de Schreber como un caso de demencia paranoide contemplando la combinación de fenómenos paranoides y esquizofrénicos presentes en el mismo.

Partiendo de este abordaje freudiano de las psicosis es posible advertir que los interrogantes acerca de las posibilidades de tratamiento de estas por vías del psicoanálisis fueron para Freud recurrentes en diferentes momentos de su obra y lo llevaron a establecer para ellas el carácter de incurabilidad. Teniendo en cuenta que lo incurable suele concebirse como una característica propia de la cronicidad resulta necesario indagar las diferentes respuestas que aparecen en la obra de Freud acerca de esta temática.

En esta línea podemos ubicar hacia 1914 en su texto *Introducción al narcisismo* una clara referencia a propósito de dicha cuestión cuando señala que los parafrénicos por medio de su

extrañamiento en su interés por el mundo exterior se vuelven inmunes y por lo tanto incurables por el psicoanálisis.

Posteriormente hacia 1932 Freud se dispone a establecer una serie de conferencias en Viena que se ubican a modo de continuación y complemento de las brindadas entre los años 1915-1916 y 1916-1917. Se trata de una lectura de diversos temas como los sueños y lo femenino desde la perspectiva que posibilitan los desarrollos psicoanalíticos hasta ese momento, más de quince años después de las conferencias antes mencionadas.

Es posible encontrar en la *Conferencia 34° Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones* nuevamente una posición pesimista en Freud acerca del abordaje de las psicosis por parte del psicoanálisis, ubicándolas en el campo de lo inaccesible para la técnica propuesta.

Manifiesta que nunca se ha considerado un entusiasta de los alcances de la terapia psicoanalítica y que si bien los desarrollos psicoanalíticos durante los últimos años en los que ha investigado han permitido un esclarecimiento respecto del funcionamiento de las psicosis e incluso una orientación posible de su abordaje sin embargo no han reducido la falibilidad de las operaciones que la técnica psicoanalítica aporta en dichos casos.

Es lo que universalmente ocurre en las psicosis. Las comprendemos hasta el punto de saber muy bien dónde habría que aplicar las palancas, pero estas no podrían mover el peso. (Freud, 1933, p.143)

Freud sitúa la advertencia de que los éxitos de la terapia psicoanalítica estarían sujetos únicamente al abordaje de lo que llamaba anomalías del carácter y que la aplicación de la misma contemplaría sólo aquellos casos como las neurosis obsesivas, las fobias, las neurosis de transferencia y las histerias donde el influjo de la fuerza pulsional es plausible de ser abordado,

no así “para todo lo demás, estados narcisistas, psicóticos, es inapropiada en mayor o menor medida. Ahora bien, sería enteramente legítimo precaverse de fracasos mediante la cuidadosa exclusión de esos casos.” (1933, p.143). Es decir que Freud indicaba como medida para prever fracasos de la terapia analítica la exclusión del tratamiento de las psicosis con la salvedad de la dificultad que representa el hecho de que muchos casos de psicosis eran diagnosticados de manera tardía, una vez que ya eran abordados por psicoanalistas. Estamos ubicados frente a una perspectiva netamente pesimista de Freud respecto de las posibilidades del tratamiento psicoanalítico de estas últimas y que se diferencia radicalmente de la perspectiva que Lacan introduce luego en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible para las psicosis*.

Finalmente Freud no tardó en volver a pronunciarse respecto de esta temática, en *Esquema del psicoanálisis*, texto establecido en 1938 a sus 82 años, pero publicado de manera póstuma en 1940, donde haciendo alusión a las psicosis se pregunta si es demasiado osado someter al influjo del psicoanálisis y esperar la curación a las enfermedades de la vida anímica más temidas, insiste por tanto en establecer un límite para el abordaje de las psicosis para la terapia psicoanalítica cuando señala que eligió a las neurosis como objeto de estudio porque sólo ellas parecen asequibles a los métodos de intervención para la terapia psicoanalítica. Es entonces posible señalar que Lacan retomó el interrogante freudiano respecto de la posibilidad de tratamiento de las psicosis por medio del psicoanálisis y se apartó de su perspectiva pesimista, afirmando y dando lugar a los pormenores de un tratamiento posible para las mismas que se diferenciaba a su vez de los desarrollos del psicoanálisis posfreudiano.

Capítulo 4

Investigaciones sobre la externación de pacientes en nuestro medio

1- Dispositivos para la externación de pacientes psicóticos.

Es posible ubicar al Hospital de Día como un dispositivo ligado a las externaciones de sujetos psicóticos cuya modalidad de abordaje desde sus orígenes se plantea como una estructura capaz de incluir en diversos espacios asistenciales a los pacientes externados, funcionando de esa manera como un área intermedia entre la internación hospitalaria y la vida en la comunidad. Siguiendo a Osvaldo Delgado en *Los Bordes en la Clínica* es posible señalar que desde su creación en la URSS en 1935 bajo la dirección de Zahagarov han variado las orientaciones que este dispositivo ha tomado, no solo respecto a las perspectivas terapéuticas sino también a las modalidades que contemplan los tiempos de inclusión en la mañana, la tarde o la noche, asistiendo a diversos grupos poblacionales, desde adultos mayores hasta niños pequeños.

La Casa de Medio Camino es otra clase de programa sanitario destinado a pacientes psicóticos luego de la externación. Es definida como una “estructura para la resocialización y rehabilitación de pacientes crónicos” (Fernandez Bruno y Gabay, 1993-1994, p.275) que tuvo su origen en la década de 1950. Dichos autores señalan que este tipo de dispositivos está indicado en aquellos casos donde la familia del paciente no existe o no es continente y el objetivo para dichas residencias es el alcance de la autogestión. Destacan sin embargo que es conveniente no admitir en este tipo de programas comunitarios a pacientes con delirios crónicos, adicciones y

psicopatías. Ubican a la laborterapia y al acompañamiento tiempo completo como dos baluartes esenciales del trabajo con los pacientes en las residencias y señalan que es propicio el ejercicio de una evaluación periódica de los mismos donde los ejes sean la estimación de los grados de estabilidad en su patología, independencia, auto subsistencia, estabilidad laboral y sociabilización alcanzados.

2- Experiencias de externación de pacientes psicóticos en nuestro medio.

Hacia finales del siglo XX se destacan en Argentina experiencias que son ubicadas por sus impulsores en el marco de procesos de desmanicomialización. Tal fue el caso de la reforma hospitalaria de Allen en la provincia de Río Negro hacia 1989, que conllevó a la reconversión de un hospital monovalente en un hospital general por medio de la incorporación de agentes sanitarios de acción comunitaria y la habilitación de camas de internación para salud mental en hospitales generales. Precisamente siguiendo a Cohen y Natella en su libro *La Desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro* es posible entender estas estrategias de reconversión hospitalaria tendientes a la desmanicomialización como la sustitución del sistema manicomial de salud mental por otro que se base en una atención descentralizada y territorial en servicios de atención primaria de la salud y en hospitales generales. También se puede ubicar en esta línea al proceso de reconversión del Hospital Psiquiátrico de San Luis de 1993 en cuyo caso se hizo hincapié en la salida a la comunidad de pacientes internados, la habilitación de casas de convivencia externas al nosocomio y el cierre de camas de internación en el mismo.

Otra de las experiencias presentes en el país es el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) que tuvo sus inicios hacia 1999 por medio de la Resolución Ministerial N°001832 de la Provincia de Buenos Aires y se orientó hacia la posibilidad de facilitar la externación asistida de pacientes en instituciones hospitalarias, entendiendo por ella el trabajo comunitario e intersectorial de asistencia por parte de diferentes actores de la salud a los pacientes que luego de haber transitado una internación en un hospital monovalente y habiendo prestado su voluntad a egresar de éste, se reincorporan a la vida en la comunidad y comienzan a reinsertarse en las diferentes esferas de la misma. Si bien las modalidades de trabajo de PREA son variables, dependiendo de la institución en la que se lleve a cabo, es posible advertir la presencia de actividades grupales, asambleas y visitas de agentes sanitarios a viviendas alquiladas por grupos de externados como puntos en común entre ellas.

Es posible asimismo destacar que otro de los antecedentes significativos respecto al estudio de la externación de sujetos psicóticos llamados crónicos en Argentina fue impulsado en el año 2010 por la Doctora en Psicología Dulce Suaya. En el marco de su labor hospitalaria, Suaya diseñó y llevó adelante un dispositivo de intervención clínica e investigación llamado Historia Vital del Trabajo cuyo objetivo era el de facilitar métodos de atención distintos de los ya existentes en los hospitales monovalentes. La apuesta consistía en recuperar las experiencias subjetivas ligadas al trabajo de cada uno de los pacientes que integraban el espacio grupal por medio del relato de su trayectoria laboral previa a la internación y de ese modo impulsar y generar posibilidades de externación ligadas a la implementación del saber hacer de cada integrante en el ámbito laboral como herramienta de reinserción en la comunidad.

En la mayoría de estos casos se trata de estrategias y acciones que buscan como objetivo propiciar la vida de los internados llamados crónicos en la comunidad. Sin embargo, no se

detallan precisiones de índole clínica respecto a las coordenadas propicias para el discernimiento de cuando una internación es suficiente o no para un sujeto. Tal como fue señalado anteriormente la mayoría de los criterios de estas experiencias se centran fundamentalmente en aspectos de perspectiva comunitaria ligados a la rehabilitación de funciones para la vida social o a la posibilidad de asistencia en el proceso de reinserción social de las personas que las integran haciendo hincapié en la readaptación.

3- Políticas de externación sustentable en la actualidad.

En lo relativo a la externación de pacientes psicóticos crónicos es posible situar el concepto de externación sustentable, utilizado frecuentemente en la actualidad en el diseño de políticas sanitarias. Esta noción tal como señalan Bigatti, Capra y Valenzuela Luque en su artículo *Externación Sustentable en Salud Mental: un eslogan de época* viene heredado de los desarrollos de los movimientos de salud colectiva y del paradigma de la sustentabilidad.

El movimiento de salud colectiva tuvo especial auge en Brasil y es entendido como un “campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud” (Ribeiro, 1991, p.190). Desde el paradigma de la sustentabilidad y en la epidemiología crítica se contempla a la sustentabilidad como “un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable”. (Breilh, 2009, p.8)

Tomando como base los desarrollos de estas corrientes de pensamiento el concepto de externación sustentable según Bigatti, Capra y Valenzuela Luque contempla tres criterios que deben cumplirse para la obtención de la sustentabilidad en la externación:

- A) Criterios habitacionales: es decir que haya una vivienda digna para quien es externado.
- B) Criterios asistenciales: que haya efectores de salud cerca de la vivienda capaces de brindar atención acorde a las necesidades de la persona externada.
- C) Criterios económicos: que el externado cuente con dinero para sustentarse.

Siguiendo el desarrollo de estas autoras es posible vislumbrar el hincapié que se hace desde las políticas de externación sustentable en el cumplimiento de los criterios antes señalados y que son de suma importancia para la externación, pero asimismo es preciso observar que no hay ninguna mención a criterios de índole clínica.

Capítulo 5

El concepto de cronicidad

1- Definiciones de la noción de cronicidad según organismos internacionales de la salud.

Al momento de concebir una definición respecto al concepto de cronicidad es posible ubicar que “la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades crónicas como aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles” (E. Jiménez Mejías et.al, p.1). En tanto que el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) plantea que “las enfermedades crónicas se definen en términos generales como afecciones que duran un año o más y requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria, o ambas cosas” (2022, p.1). Es decir que ambas entidades al referirse a las enfermedades crónicas resultan coincidentes en ser alusivas a la prolongación en el tiempo de sus manifestaciones.

2- La noción de cronicidad en los movimientos de desinstitucionalización.

La perspectiva resulta diferente respecto de la concepción que la cronicidad alcanzó para los movimientos que se abocaron a la desinstitucionalización. Siguiendo al sociólogo canadiense

Erving Goffman en *Internados Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales* es posible evidenciar que la cronicidad para este autor es producida por el pasaje prolongado del internado por una institución total y la exposición a su ambiente. Dicha instancia es denominada por Goffman como carrera moral del enfermo y sus consecuencias giran en torno a lo que denomina mortificación del yo, en tanto la concibe en su ensayo como la pérdida de intimidad, de autodeterminación y de autonomía del internado. Vale aclarar que Goffman entiende por institución total a un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (1961, p.15) entre las que ubica a los hospitales psiquiátricos.

Estos desarrollos resultan coincidentes con lo planteado en la Ley N° I-0536-2006 de Desinstitucionalización de la Provincia de San Luis en Argentina que en su artículo 7 refiere que:

Se considera institucionalización a (...) la reclusión, internación, guarda o medida similar sobre personas, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando un proceso inverso a la recuperación, rehabilitación, reinserción o tratamiento del ser humano por concluir con su discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones (2006, p.9).

Es decir se sitúa a la cronicidad como una consecuencia del pasaje de un internado por una institución total.

De igual modo el informe *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y del Mental Disability Rights International (MDRI) no dubita en señalar que “la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e

incrementa las discapacidades, haciendo más difícil que estos individuos se puedan reintegrar a la comunidad” (2008, p.86). Es posible por tanto señalar que es una constante en los desarrollos de los movimientos de desinstitucionalización circunscribir a la cronicidad como consecuencia del paso prolongado de los pacientes internados por los hospitales psiquiátricos y no considerarla de manera intrínseca a las enfermedades mentales.

3- La noción de cronicidad en la psiquiatría.

Desde el origen de la psiquiatría es posible ubicar referencias a la cronicidad. Por ejemplo, en el *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía* de Pinel se vislumbran menciones a la cronicidad respecto de las ventajas que podrían brindar el adecuado ejercicio y la alimentación correspondiente en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, tal como señala Lanteri-Laura en *La chronicité dans la psychiatrie moderne française. Note d'histoire théorique et sociale* en los desarrollos teóricos de los autores de la primera mitad del siglo XIX, entre ellos Pinel y Esquirol, la cronicidad nunca adquiere ningún valor heurístico ni cobra una dimensión cardinal en la patología mental tal como es concebida en la época. Refiere que Pinel utiliza el adjetivo crónico en ciertas oportunidades, pero no como una manera de nombrar una enfermedad en sí misma y que Esquirol hace poco uso del epíteto crónico en su nosografía.

Quien también ahonda en la noción de cronicidad en este periodo es Antoine-Laurent Bayle médico de origen francés quien hacia 1822 defiende su tesis de etiología orgánica de la parálisis general progresiva motivada por la inflamación de las meninges y presenta el caso

Claude-Francoise L, un vendedor de limonada que comienza a presentar diversos síntomas, desde exacerbaciones de su temperamento hasta delirios de tinte megalómano, que se suceden unos a otros y se sostienen en el tiempo arribando a una fase final de demencia previa a su muerte. A propósito de este caso se pregunta:

¿Esta observación no prueba que el desorden de facultades intelectuales de L... era el síntoma de una aracnoiditis crónica, y no un delirio esencial? Es una conclusión innegable, comparando las lesiones orgánicas con los síntomas presentados por la enfermedad en distintas épocas de su desarrollo. (1822, p13)

De este modo es factible apreciar como el acento respecto de la cronicidad de la entidad nosológica estaba puesto indubitadamente en la persistencia de la manifestación sintomática, ya sea respecto de lo que Bayle considera como del orden orgánico como también de lo que contempla como parte de la esfera intelectual.

Es decir que si bien no es posible señalar la ausencia de la cronicidad en los desarrollos de la psiquiatría de principios del siglo XIX, la misma no alcanza a cobrar un valor central en las enfermedades como lo tiene en el período posterior. Lanteri-Laura plantea precisamente a propósito de esta temática que los tratados de psiquiatría del siglo XX se reservan de cinco a diez veces más páginas para enfermedades crónicas que para enfermedades agudas, es decir ubica una predominancia de las enfermedades crónicas respecto de las agudas y marca una distinción radical respecto a la situación correspondiente al siglo anterior.

Este autor ubica que el punto de ruptura a partir del cual cobró preponderancia la cronicidad tuvo lugar en el último tercio del siglo XIX, una vez iniciada la Tercera República Francesa. El énfasis que a partir de ese momento puso la psiquiatría francesa en la cronicidad

según Lanteri-Laura se tradujo en la concepción del delirio crónico y de la demencia, presentes en la literatura psiquiátrica de dicho periodo. Señala que el factor fundamental para el predominio de las enfermedades crónicas se corresponde al considerable aumento de la longevidad en la población entre una etapa y otra y por lo tanto a un aumento en la aparición de estados de demencia en las personas mayores de sesenta y cinco años.

A propósito de esta temática el psiquiatra argentino Juan Carlos Stagnaro en su artículo *Cronicidad y Cronificación, efecto de sujeto y efecto social* destaca que a la noción de cronicidad se la emparentó con la de deterioro al reparar en las consecuencias que el hospitalismo producía en los sujetos psicóticos hospitalizados, tales como la marginalidad, la falta de estimulación y el aislamiento. Señala que es conveniente la utilización del término cronificación para este tipo de situaciones y considera oportuno separarlas de lo concerniente a las sucesivas crisis en la vida de los pacientes psicóticos, presentes aún durante sus externaciones. Advierte que estas últimas por ser diferentes y corresponderse a la estructura psicótica deberían ser contempladas bajo otra denominación. Stagnaro refiere que esta distinción a la que considera de importancia no solo mitigaría las antiguas ilusiones de la antipsiquiatría sino que el proceso de desinstitucionalización “no correría el riesgo de ser un romántico salto al vacío o un ahorro presupuestario” (1993-1994, p.266)

Actualmente en el caso de los manuales diagnósticos y estadísticos en psiquiatría es factible apreciar la presencia de criterios especificadores que diferencian aquellos trastornos de curso agudo de los crónicos, como sucede en el caso del trastorno bipolar o el trastorno depresivo mayor en la cuarta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Respecto del trastorno depresivo mayor por ejemplo se concibe como criterio

especificador de cronicidad el cumplimiento de los criterios propios del trastorno durante dos años. (1995, p.390)

4- La noción de cronicidad en la obra de Sigmund Freud.

Es posible ubicar la noción de cronicidad en diversos momentos de la obra de Sigmund Freud sin que este se haya detenido de manera exhaustiva en su estudio. En primer lugar es posible encontrar referencias a la cronicidad hacia el año 1888, es decir en sus inicios, cuando en un artículo titulado *Histeria* correspondiente a las *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* a propósito de la histeria separa dicha entidad entre su fase aguda y la perspectiva crónica de la misma. Allí señala que la histeria crónica se trata de nuevas emergencias de restos de una histeria aguda ya transcurrida. También diferencia los estallidos graves en la histeria aguda y los más leves en la crónica. Se trata de un momento en la obra de Freud en el cual aún no había arribado a la intelección del método de asociación libre y que preocupado por el abordaje psicoanalítico de la trayectoria de las histerias evaluaba las precisiones del método catártico, señalando que cuando se ocupaba del abordaje de histerias de trayectoria crónicas contemplaba la producción moderada pero incesante de síntomas propios de la histeria.

Sin embargo es posible advertir que la idea de cronicidad en la obra de Freud no queda ligada únicamente a la histeria ya que es factible seguir en sus desarrollos diferentes apreciaciones respecto de dicha noción asociada tanto a la neurosis obsesiva como a la neurosis en general. Al respecto Freud señala en *La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna*

que “una neurosis crónica, aunque no cancele totalmente la capacidad para la existencia, representa un grave lastre vital para el individuo, comparable a una tuberculosis o una deficiencia cardíaca” (1908, p.180). Es decir comparaba a esta con enfermedades cuyos recorridos sintomáticos, para la época inducían la pauta de la extensión o prolongación temporal de las afecciones que les eran propias.

Es posible distinguir además que en este momento de la obra freudiana la cronicidad no fue una característica exclusiva de la neurosis, ya que en su *Manuscrito H* se refiere a la paranoia crónica señalando que en esta, su forma clásica se trata de un modo patológico de la defensa respecto de una representación inconciliable al yo cuya causa se ubica en el mundo exterior (1895, p.247). Sobre la noción de cronicidad en la psicosis volverá a expresarse un año más tarde haciendo alusión precisamente a un caso de paranoia crónica en *Análisis de un caso de paranoia crónica*. Se trata del caso de la Señora P quien en el invierno de 1895 se traslada a Viena y es tratada por Freud, quien precisamente establece el diagnóstico de paranoia crónica luego de ubicar la persistencia de alucinaciones sensoriales y visuales martirizadoras, así como auditivas amenazantes y de reproche. (1896, p.177)

Diez años más tarde en *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W.Jensen*, primer análisis de una obra literaria publicado por Freud, este destacará en la paranoia casos graves de formación delirante crónica. (1906, p.60)

Asimismo en su *Conferencia 26 La teoría de la libido y el narcisismo* de 1917 a propósito de la paranoia y recordando su intención de emparentarla a la *dementia precox* bajo la forma de parafrenia Freud asimila a dicha entidad nosológica la insania crónica sistemática. Refiere

nuevamente como aspecto central la prosecución sistematizada de producciones delirantes de tinte persecutorio y de delirios de grandeza.

Es posible ubicar en todos estos casos al concepto de cronicidad en la obra de Freud como una referencia temporal cronológica que indica ya sea la trayectoria extendida en el tiempo de síntomas como la irrupción repetitiva de los mismos en diferentes momentos del decurso de una enfermedad. No hay en la obra de Freud un uso exclusivo respecto del concepto de cronicidad para una entidad nosológica en particular sino que es posible apreciar su utilización tanto en lo concerniente a las neurosis como a las psicosis.

Marco Teórico

Capítulo 6

Crítica del concepto de cronicidad

La perspectiva que aporta el psicoanálisis de orientación lacaniana tiene lugar en tanto vislumbra un *parlêtre* allí donde éste no está dado de por sí para quienes practican otras orientaciones clínicas. El *parlêtre* es un concepto de la última enseñanza de Lacan, donde orientado por lo real del goce de cada quien se plantea la posibilidad de considerar la singularidad, es decir el no-todo de cada uno. Cuando hablamos de singularidad habilitamos la oportunidad de la aparición de un caso que, puesto en relación con una clase, no sea un ejemplar acabado y total de la misma. Un caso singular es un caso con una atipicidad respecto de una clase. Aunque admitimos la existencia de una estructura clínica llamada psicosis, no es posible plantear que la escucha de un psicótico sea una que se dirige a todos los psicóticos por igual. Otro tanto podemos decir de un neurótico, incluso cuando se hiciese una distinción respecto de histeria u obsesión. Se trata, antes bien, de la escucha de un *parlêtre* cada vez y siempre en su singularidad.

Para el *parlêtre* hay una marca de goce que es primera, también llamada la una-equivocación, que es singular y está del lado del goce del Uno, es decir son marcas del goce

que no están ubicadas dentro del orden de la palabra. El goce del Uno es el *sinthoma* singular. En este sentido Mónica Torres señala en su texto *De los síntomas al sinthome* que:

Uno termina por ser su síntoma, es una especie de invención, pero que no es una invención *ex nihilo*, no es una invención de la nada. Es una invención que parte de esa primera marca de goce que es del orden del goce del Uno, incluso podríamos decir del inconsciente real, de la una-equivocación. Miller la llama el azar de los gruesos errores. ¿Errores de quién?, de nadie, errores de cómo quedó la marca de goce para ese *parlêtre*. Los errores, entonces, en el sentido de la una-equivocación, una porque es única y singular para cada uno. (2015, p.7)

Es decir hay un modo único y singular en esa marca de goce en el *parlêtre* que no es del orden del destino sino de lo azaroso y cada quien tiene que arreglárselas de manera singular con ella, mediante su solución *sinthomatica*. En tanto *parlêtre* es posible pensar en un origen donde hubo un encuentro traumático con *lalengua*, es decir de los S1 con el cuerpo y como resultado un goce sin ley. Es posible pensar en las psicosis un modo de tratar el goce de ese encuentro por otras vías que las del Nombre del Padre, significante que se encuentra forcluido, mientras que en las neurosis este significante tempera el goce y le da una medida.

Podemos ubicar de este modo que el *parlêtre* contempla el cuerpo, es un sujeto al que se incorpora el goce en relación a *lalengua*. No se trata de oponer la idea de sujeto a la de *parlêtre* con el fin de descartar una concepción considerándola superior a la otra. Tampoco vale la pena hacer dicha maniobra con los momentos de la enseñanza de Lacan. Sin embargo, es factible sostener que el concepto lacaniano de *parlêtre* permite una lectura de la singularidad, útil a la hora de cuestionar concepciones generalizantes de externación y cronicidad en la actualidad. En

todo caso, permite tener en cuenta hasta qué punto cada uno a su manera está afectado por lo real del goce.

La idea del *parlêtre* contempla la posibilidad de que puedan existir soluciones sinthomaticas singulares, es decir abre camino a que mediante el discernimiento de estas se puedan establecer criterios clínicos que sean útiles a la hora de la determinación de cuándo una internación es suficiente o no para un internado y evitar que las externaciones se sucedan bajo la órbita exclusiva de medidas generalizables como ocurre cuando se propone la externación del conjunto de los llamados crónicos y se hace de esa noción (derivada de la cronicidad) una categoría en sí misma en la que la singularidad queda elidida.

Capítulo 7

Posibles aportes a la externación

El abordaje de casos de sujetos psicóticos en las instituciones de salud es muchas veces realizado por practicantes del psicoanálisis. De este modo, tienen lugar tratamientos que se realizan en el marco de las internaciones. Sin embargo, vale destacar que más allá de la práctica, es posible también dar razones de ésta. Así se entiende “que el psicoanalista sea al menos dos: el del acto y al que al acto lo teoriza. Y ese segundo es el clínico, el que debe dar razones” (Schejtman, 2014). Por lo tanto, el psicoanálisis de la orientación lacaniana puede realizar sus aportes a la hora de discernir o de tomar una decisión respecto a la externación de aquellos sujetos psicóticos internados en instituciones sanitarias, basados en criterios de índole clínica. Vale decir, fundamentados en razones que se siguen de la práctica misma.

Francesca Biagi-Chai, psiquiatra y psicoanalista francesa, en su libro *Atravesar paredes. La locura de la psiquiatría al psicoanálisis* impulsa el posicionamiento que aquí se adopta, cuando señala que:

Se trata de defender la posibilidad de un lugar de tratamiento y no de un lugar de encierro como tal (...) El hecho de ofrecerle al paciente un refugio no persecutorio, autentificando así la realidad de lo que siente, de lo que lo torna extranjero para sí y para la ciudad, pone de manifiesto indiscutiblemente y esencialmente el tratamiento. El tratamiento de la urgencia subjetiva. (2021, p.44)

Es posible siguiendo esta perspectiva identificar la apuesta por una práctica que no contemple la idea de encerrar a las personas sino más bien que genere posibilidades de que estas sean tratadas desde su ingreso a la institución contemplando su singularidad, dando lugar a la oportunidad de una externación a partir de elementos que sean propios de cada quien y no de decisiones que no tengan en cuenta sus coordenadas subjetivas.

Un tratamiento analíticamente orientado desde el inicio de la internación permitiría, al final, decidir la externación desde criterios basados en la posición del sujeto, los modos hallados (o no) en el tratamiento de un goce disruptivo, y el consentimiento a la responsabilidad frente a su psicosis.

Para puntualizar lo dicho será significativo tener en cuenta los siguientes criterios: 1. Discernir la presencia (o ausencia) de metáfora delirante; 2. Discernir la presencia (o ausencia) de coordenadas que señalan riesgos de pasaje al acto; 3. Discernir según el discurso, modos posibles de pasaje al acto.

1- Discernir la presencia (o ausencia) de metáfora delirante: criterios a tener en cuenta.

La metáfora delirante, tal como ha sido concebida por Lacan, implica una forma delirante de estabilización en lo relativo al goce. Sin embargo, persisten (y son localizables) aspectos que atañen a lo que de la estructura perdura.

En el abordaje de los diferentes tipos clínicos que la estructura de la psicosis contempla, es posible advertir la presencia de fenómenos elementales, los cuales fueron motivo de estudio y abordaje exhaustivo para la psiquiatría y para el psicoanálisis desde sus inicios. A propósito de esta temática en el Seminario *Las psicosis* Lacan señala que “el delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es también un fenómeno elemental” (1955, p.33) concepto que extrae de los desarrollos de De Clerambault, aunque este no se haya expresado directamente sobre el mismo sino a propósito del automatismo mental.

Tanto el fenómeno elemental como el delirio compatibilizan el aspecto de la reproducción misma de su fuerza estructurante, es decir que podemos asociar al delirio con el fenómeno elemental en tanto ninguno persigue una deducción ideica que los estructure como tales. Es en dicha característica, la correspondiente al factor anideico del automatismo mental, en donde se emparentan precisamente con mayor claridad fenómeno elemental y delirio.

En este punto vale destacar una diferencia entre la posición de Freud respecto del entendimiento que este le da al delirio luego de las manifestaciones patológicas en tanto lo concibe como intento de curación o de tentativa de restablecimiento con el que persigue Lacan. En *Neurosis y Psicosis*, su texto de 1924, Freud plantea la idea del delirio como un parche que se coloca en el lugar de una desgarradura, esta última ubicable entre el yo y el mundo exterior. Esta concepción se encuentra cercana a la de metáfora delirante de Lacan y puede rastrearse nuevamente en la obra de Freud en *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*, texto del mismo año, en el que ubica a la creación de una realidad nueva en la psicosis como compensación de la pérdida de la realidad primera o como un segundo paso reparatorio de un primero en el que el yo se ve arrancado de la realidad. Se trata de este momento en la obra de Freud donde impulsado por la lectura de un texto de Hollós y Ferenczi acerca de la génesis de la

psicosis se dispone a establecer sus propias hipótesis acerca de las diferencias entre neurosis y psicosis.

a- Diferencia entre metáfora delirante y delirio.

Para diferenciar el delirio y la metáfora delirante es oportuno partir de los primeros desarrollos de Lacan al respecto del delirio en las psicosis. En su tesis de 1932 *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, Lacan considera a la significación personal como fenómeno central en las psicosis y concibe a la misma como momento en que el sujeto se ve enfrentado a la experiencia de una certeza producto de haber sido blanco de una significación de sentido enigmático. De este modo es posible ubicar la certeza en las psicosis como un correlato de salida frente a la indeterminación del vacío enigmático de significación a la que en determinado momento de la vida se ve confrontado un sujeto.

En tanto vacío de significación tiene la característica de plantear en primer lugar un enigma para el sujeto, este no es absoluto sino que tiene lugar allí donde se esperaba una significación, por tanto se produce un reconocimiento del significante que implica que eso algo quiere decir pero no es posible determinar qué es lo que quiere decir. Uno de los efectos frente al encuentro con el vacío de significación se traduce en términos de no respuesta por parte del sujeto debido a la perplejidad propia de este momento.

Es posible entonces señalar que este vacío enigmático de significación es equiparable a la partición semántica entre significante y significado por cuanto no se produce la articulación entre

estos, en otras palabras no se realiza un paso de significante a significado y se evidencia entonces allí una ruptura.

Lacan también aborda esta temática en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* donde refiere que la significación de significación se trata “de un efecto del significante, por cuanto su grado de certidumbre (grado segundo: significación de significación) toma un peso proporcional al vacío enigmático que se presenta primeramente en el lugar de la significación misma” (Lacan, 1958, p.520). Ubica en este punto la significación de significación en tanto intencionalidad del significante por cuanto eso quiere decir algo para el sujeto que se ve entonces concernido, es posible entonces ubicar allí la certeza.

Jacques Alain Miller en *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica* equipara el efecto de certeza al afecto de angustia que hace surgir el significante enigmático del deseo del Otro. La angustia queda de este modo asociada al vacío enigmático de significación frente al cual el sujeto no encuentra referencias simbólicas en primera instancia.

Lacan también se pronunció respecto de esta temática en lo concerniente al caso Schreber cuando en su Seminario *Las psicosis* señala:

En él, no está en juego la realidad, sino la certeza. Aún cuando se expresa en el sentido de lo que experimenta no es del orden de la realidad, eso no afecta su certeza que es que le concierne. Esta certeza es radical. La índole misma del objeto de su certeza puede muy bien conservar una ambigüedad perfecta, en toda la escala que va de la benevolencia a la malevolencia. Pero significa para él algo inquebrantable. Esto constituye lo que se llama con o sin razón fenómeno elemental, o también -fenómeno más desarrollado- la creencia delirante. (Lacan, 1955-1956, 110)

Es decir plantea respecto de las psicosis el carácter inquebrantable y radical que la certeza presenta para el sujeto. Podemos pensar asimismo que en un primer momento de la enseñanza de Lacan en relación a las psicosis, tanto perplejidad, certeza como delirio se encuentran regidos estructuralmente por la lógica forclusiva.

Al referirse a Schreber en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* Lacan señala que la falta de inscripción del significante Nombre del Padre y el agujero que se abre en el significado conllevan una cascada de retoques del significante y un creciente desastre de lo imaginario por vías del delirio. Es finalmente en el marco de la metáfora delirante donde significado y significante se estabilizan.

De este modo es posible señalar que en lo relativo a un tratamiento analíticamente orientado no se trata de hacer delirar al psicótico sino en todo caso de acompañarlo en la elección en su delirio de un punto que permite una localización de este en una nominación posible, del estilo de la que lleva adelante Schreber al ser la mujer de Dios. Cuando esto tiene lugar se pueden observar períodos de apaciguamiento y de estabilidad, que no son garantía de que en otro momento de su vida puedan sostenerse, pero que alcanzan para ubicar allí el posible tratamiento de las psicosis al que Lacan se refería en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Es en esta línea en la que Eric Laurent al referirse a la metáfora delirante en *El sentimiento delirante de la vida* señala que:

Puesto que se trata de fenómenos de ligados a una dislocación código-mensaje, cuando no hay más garante del lado de la metáfora paterna, hay que recurrir a una especie de neo metáfora de estabilización de significante-significado a través de una operación, por un fenómeno que sea un Nombre-del-Padre no estándar. (2017,p.153)

La metáfora delirante es por lo tanto el mecanismo que Lacan ubica en tanto base de la estabilización de ciertas psicosis. Lo es precisamente en el caso de Schreber, por lo cual para su entendimiento es necesario ubicar diferentes tiempos lógicos que den cuenta de cómo esta cobra dicho valor en dicho caso.

Es posible señalar un primer momento lógico en el cual Schreber es nombrado presidente de la corte en 1893, situación que implica para éste una confrontación con un agujero en lo simbólico, para luego pasar a otro instante en el cual luego de la perplejidad inicial le adviene la certeza de que Flechsig, su médico, no tiene las mejores intenciones hacia él. Esta ocasión, que es propicia para ubicar el inicio del delirio, es el instante donde se puede situar la iniciativa de goce del Otro vivida por Schreber de modo persecutorio.

Luego adviene otro momento donde el lugar que Flechsig ocupaba en su delirio recibirá una alteración proveniente de la instauración de Dios en el lugar del Otro. Es a raíz de este último tiempo que Lacan podrá localizar la fecundación divina como metáfora delirante, es decir bajo la significación metafórica de ser la mujer de Dios, la que dará una nueva raza de hombres al mundo. Se entiende esta metáfora delirante como una reconciliación con el Otro a partir de la cual se puede precisar a su vez una reducción o acotamiento de su delirio dando lugar a la caída de las afirmaciones que se disponían en relación a este. Tiene lugar de ese modo la estabilización de su psicosis, donde se muestra la atemperación del goce disruptivo en ella.

Luego de la estabilización de Schreber, se produce una reducción de los fenómenos elementales, aunque persisten los estribillos. Incluso a pesar de no tratarse de fenómenos idénticos con el delirio, en los mismos estribillos es posible rastrear la fuerza estructurante propia del fenómeno elemental. Es decir que, más allá de producirse una estabilización en lo relativo al

goce y de que no es equivalente el despliegue delirante previo a dichos fenómenos limitados, hay que señalar que persisten (y son localizables) aspectos que atañen a lo que de la estructura perdura.

b- Metáfora delirante y externación en Schreber.

Es posible indagar asimismo en el caso de Schreber, en el que como fue señalado se produce en determinado momento una estabilización de su enfermedad ligada a la metáfora delirante, cuáles fueron los aspectos que se privilegiaron para determinar su externación de los sanatorios en los que se encontraba internado. Para ello resulta necesario repasar previamente ciertos momentos de su vida en los cuales ocurrieron vicisitudes que fueron importantes en el devenir de sus externaciones.

La primer enfermedad de Schreber sobreviene en 1884 cuando pierde las elecciones de la Reichstag, predominan en este momento, en el que tiene 42 años, sucesiones de episodios hipocondríacos con ideas de enflaquecimiento que lo llevan a una primera internación en Sonnenstein, que resulta breve ya que es enviado luego por seis meses a la Clínica de Enfermedades Mentales anexa a la Universidad de Leipzig donde trabajaba Flechsig. No existen mayores registros respecto de esta externación en sus *Memorias de un enfermo nervioso* con la salvedad de cierto hincapié puesto por Schreber en el agradecimiento que él y su esposa sintieron por el doctor Flechsig al momento del alta.

Luego de esta primera internación Schreber no vuelve a enfermar ni a ser internado por un periodo de ocho años, al que destaca como un momento feliz a excepción únicamente de la presencia de frustraciones correspondientes con la imposibilidad de tener hijos.

Es en 1893 (en el marco de su nombramiento como Presidente de Sala del Tribunal Superior Provincial de Dresde) cuando adviene un segundo momento para su enfermedad, donde comienza a evidenciar en primera instancia insomnio y agotamiento. Hacia el final de ese año, luego de varios días sin conciliar el sueño y en el contexto de una crisis de excitación nerviosa es ingresado nuevamente en la Clínica de Enfermedades Mentales anexa a la Universidad de Leipzig luego de un intento de suicidio frustrado por su esposa. Posteriormente será enviado a dos sanatorios diferentes, en 1894 a la clínica privada para enfermos mentales del Dr. Pierson en Lindenhof y finalmente a Sonnenstein donde ya había sido internado anteriormente durante el transcurso de su primera enfermedad.

Siguiendo su testimonio escrito es que podemos tomar a sus memorias como parte de los argumentos que acompañan su solicitud de otorgamiento del alta a los peritos correspondientes, entre otros objetivos que persigue mediante la presentación de dicho material. Es sabido justamente por su testimonio que luego de haber sido declarado incapaz por el Real Tribunal de Primera Instancia de Dresde el 13 de marzo de 1900 es que se decidió a comenzar con las solicitudes periciales de manera insistente para demostrar sus condiciones de externación. Así el 24 de marzo de ese año se dispuso a reclamarle una evaluación pericial a dicha entidad para tal fin.

En julio de 1902 finalmente recibe el levantamiento de la sentencia de su incapacidad. Señala Freud en *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente* que:

Este enfermo, tan alterado, se consideró a sí mismo capaz, y emprendió los pasos adecuados para conseguir que se levantara su curatela y lo dieran de alta del asilo. El doctor Weber se oponía a esos deseos y dictaminó en sentido contrario. (1910, p.16).

Es por lo tanto interesante indagar qué fundamentos llevaron a Weber a dictaminar la no conveniencia de su alta. Tanto los dictámenes periciales de la justicia como el del doctor Weber hacia Abril de 1902 coinciden en un punto, el de la persistencia del sistema delirante al momento de las evaluaciones correspondientes, que se resume en un llamado a redimir el mundo. Incluso Weber no duda en resaltar como crónico al sistema delirante propio de su enfermedad y señala que este lo lleva a traspasar conductas sociales que despiertan las quejas del entorno. Advierte que si bien ha tenido permisos de salida breves en compañía de enfermeros y familiares perduran en él comportamientos estruendosos, gritos y exteriorizaciones compulsivas ruidosas que despiertan la queja de sus vecinos, asimismo manifiesta que si bien no presenta al momento dificultades con su aseo personal ni su alimentación, aún no han remitido perturbaciones graves del sueño que lo llevan a la fatiga durante el día.

Weber señala que en el caso de Schreber encuentra imposible predecir si en un momento futuro existirán riesgos asociados a su externación, deja en claro que no puede discernir si su paciente será influido o no en sus acciones por su empresa delirante.

Por medio de los desarrollos de Lacan es posible diferenciar si se trata de delirios o de una metáfora delirante (siendo disímiles entre sí) y circunscribir qué lugar tiene cada uno de ellos en cada caso en particular. Dicha posibilidad permite contemplar los aportes que el psicoanálisis de orientación lacaniana puede hacer a la hora del discernimiento de una posible externación.

El 20 de diciembre de 1902 recibe el alta de su internación externándose y viviendo sin mayores dificultades durante varios años hasta que finalmente en noviembre de 1907, luego de que su esposa enfermara, debiera ser internado nuevamente, esta vez en un asilo de Dösen, localidad del distrito de Leipzig. Durante su última internación y tercer momento de su enfermedad, evidenció un estado de profunda perturbación que lo llevó a un progresivo deterioro que culminaría con su muerte el 14 de abril de 1911.

Es posible señalar que el transcurrir de Schreber por diversas internaciones plantea la necesidad de muchos sujetos de contar con una internación hospitalaria que lo resguarde en determinados momentos de su vida. Asimismo es posible contemplar que en el marco de una estabilización ligada a la metáfora delirante, Schreber logra externarse y vivir sin complicaciones aparentes algunos años, a pesar de que persistían en él manifestaciones correspondientes a lo que de la estructura perdura. Es recién luego de una contingencia, la enfermedad de su esposa, que debe reinternarse.

Al respecto de las alternativas en el tratamiento de las psicosis Jacques Alain Miller refiere en *Todo el mundo es loco* la existencia de un dispositivo ubicado en Quebec al que llama *el 388*, que recibe psicóticos de un perfil especial, el de los que podría considerarse como aquellos que dicen cumplir una misión y realizan abordajes que tienen una duración promedio de doce años, con diferentes fases de implementación, la primera dedicada a la escucha del delirio sin interpretación, otra orientada a los sin-sentidos del mismo y finalmente la última abocada a los sueños y a demostrarles que el contenido manifiesto de estos contradice al delirio. Señala Miller que se trata de aproximadamente tres sesiones semanales, sin el uso del diván, en las cuales han demostrado la mejora evidente de sus pacientes y refiere que:

Logran una interesante metáfora delirante, sirviéndose por cierto primero de los sueños y de las asociaciones de los sueños como metáfora del delirio, pero para hacer pasar luego el delirio inicial a segundo plano y que de alguna forma su misión reemplace la misión original del psicótico. (2015, p.305)

Advierte sin embargo que esta alternativa que se autoconsidera psicoanalítica presenta algunas dificultades ya que no se vislumbra en ella la utilización de la interpretación y debido a que va en sentido opuesto a la orientación que seguía Lacan, quien se mantuvo al margen de plantear tratamientos estandarizados, es decir no concebía la necesidad de instaurar una operativa en fases prefiguradas para todos los sujetos.

A pesar de ello es interesante recortar en este tipo de experiencias el aspecto relativo a la preponderancia que otorgan a la metáfora delirante, debido a la incidencia que le atribuyen en el tratamiento de ciertas psicosis, en el caso de este dispositivo quebequense es concebida directamente como un objetivo a lograr. Cabe aclarar volviendo a lo antes señalado que no se trata de provocar una dirección de la cura orientada hacia ese punto, ni exclusivamente ni de manera unívoca, sino que de ella es posible contemplar cierto carácter estabilizador del goce disruptivo en las psicosis.

Circunscribir la operatoria de la metáfora delirante y los efectos de atemperación del goce puede resultar un aspecto interesante a ser resaltado en aquellos casos que se encuentran próximos a una salida de la internación. Si es factible vislumbrar aspectos de dicha índole los mismos pueden ser transmitidos en el contexto de la toma de decisiones que incumben a las externaciones.

c- La excepción esquizofrénica.

Desde esta perspectiva y tal como fue señalado anteriormente es posible considerar que la metáfora delirante sirve de estabilización para ciertas psicosis, como la paranoia, donde es posible un nuevo ordenamiento de la cadena significante por medio de este modo de elaboración delirante.

Ocurre sin embargo que en la esquizofrenia, tal como señala Miller en su conferencia llamada *Ironía*, no hay defensa ante lo real por vía del lenguaje, “el esquizofrénico ocupa un lugar que se podría llamar de exclusión interna” (1988 [2011]) en lo que denomina la clínica universal del delirio. Esta última como tal, plantea la idea de que los discursos son defensas frente a lo real.

Del mismo modo, Lacan en *El Atolondradicho* había precisado la especificidad del esquizofrénico en no contar con ningún discurso establecido como auxilio. Es situado de este modo como el *parlêtre* que por no encontrarse tomado por ningún discurso, no se defiende de lo real por lo simbólico, ya que para este todo lo simbólico es real.

2- Discernir la presencia (o ausencia) de coordenadas que señalan riesgos de pasaje al acto:

a- Criterios a tener en cuenta frente al pasaje al acto como salida brutal de la escena.

Otro de los aportes del psicoanálisis de orientación lacaniana a la hora del discernimiento de una externación es factible de ser ubicado no en relación a una modalidad de estabilización de la estructura sino en la posibilidad de situar coordenadas o indicios de pasaje al acto. Para determinar esta temática es necesario esclarecer qué se entiende por pasaje al acto y diferenciarlo del *acting out* ya que ambos se circunscriben al campo de las respuestas ligadas al acto.

Dicha distinción parte de una dificultad inicial ya que el acto, sea *acting out* o pasaje al acto, es una respuesta subjetiva a la angustia. Se trata de una posibilidad transestructural íntimamente ligada a la angustia así como a la imposibilidad de sofocarla. Sin embargo, es preciso destacar que no todo sujeto angustiado va a desembocar en una respuesta ligada al acto.

Es posible señalar también que las referencias al pasaje al acto pueden ser encontradas no solo en el campo del psicoanálisis de orientación lacaniana sino asimismo en la escuela francesa de psiquiatría, con referentes como Henri Ey, psiquiatra francés con el cual Lacan debatió en más de una oportunidad. En cambio, el *acting out* tiene una raíz propia del campo psicoanalítico.

Las respuestas ligadas al acto, en ciertas oportunidades tienen lugar como incidencias de las vacilaciones fantasmáticas. Lacan en el Seminario *La Angustia* hace mención a la articulación entre angustia y fantasma para abordar esta temática cuando señala que “en lo referente a aquella estructura tan esencial llamada fantasma (...) la estructura de la angustia no está lejos de ella, por la razón de que es ciertamente la misma.” (1962, p. 11). Es decir que ambos, angustia y fantasma se encuentran enmarcados. El fantasma puede ser pensado como un marco o una matriz que ubica al sujeto en alguna escena posible y el pasaje al acto implica más bien una caída abrupta de la misma mediante un atravesamiento radical y salvaje del marco de la escena fantasmática.

La solución por el fantasma viene entonces a equilibrar temporalmente el deseo del Otro, viene a querer tapar de cierto modo el agujero en el Otro. Cuando el fantasma vacila irrumpe la angustia y el objeto *a* se presentifica. Al respecto y en torno a la angustia Guy Trobas refiere que:

La angustia, al referirse al objeto *a*, es un afecto que revela la verdad de lo simbólico como incompleto y que pone en tela de juicio la verdad del deseo del sujeto en la medida en que dicho objeto ocupa la función de causa en dicho deseo. (2003, p. 12)

A su vez es factible destacar que hay sujetos que presentan mayor dificultad cuando se trata de hacer con lo que pertenece a lo que no tiene que ver con los significantes, es decir con la estofa del objeto *a*, cuando se produce una vacilación fantasmática, cuando vacila el lugar en el deseo del Otro.

Para situar mejores precisiones acerca del *acting out* y el pasaje al acto Lacan hizo referencia a términos como escena y mundo situando la diferencia sustancial que existe entre ambos en la clase del 28 de noviembre de 1962 del Seminario *La Angustia*. La escena hace referencia a una articulación simbólica imaginaria y podría pensarse en términos de la realidad en la que cada quien vive. En cambio, el mundo podría ser señalado como aquello de lo que no fue asimilado por la articulación simbólica imaginaria, siendo entonces restos de real, residuos y resabios que quedan por fuera de la articulación entre simbólico e imaginario. Sobre ellos se monta una escena. Se puede pensar de este modo que, si el *acting out* da cuentas del entramado de una escena, el pasaje al acto más bien se trataría de la salida de una escena.

b- Pasaje al acto como ataque al mal en sí y/o en el otro.

Otra de las formas que tiene el pasaje al acto es aquella que se corresponde a la de las vías de ataque al *kakon*, término de origen griego que Lacan toma de Von Monakow y Mourgue, que alude al mal y del cual se ocupó principalmente en tres momentos, primero en su tesis *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* de 1932, luego en sus escritos *Acerca de la causalidad psíquica* en 1946 y en *La agresividad en psicoanálisis* de 1948, es decir tenemos tres referencias a propósito de la temática que distan entre sí en más de una década, en la cual se produce un acercamiento de Lacan al psicoanálisis.

En su tesis donde se encarga de introducir un nuevo tipo clínico al que llama paranoia de auto punicción, ubica a su vez en el pasaje al acto de Aimeé un mecanismo de ataque del objeto que simboliza su propia enfermedad. Es decir que en el ataque de Aimeé a su destinataria, la actriz Huguette Duflos, a la cual guardaba el lugar de un ideal exteriorizado, se puede precisar una especularidad imaginaria que permitiría dicho golpe al propio objeto malo que es atacado fuera. Acerca de esta temática Lacan señala allí que el estudio de los crímenes de los alienados fue motivo de trabajo para Paul Giraud quien en su texto *Les meurtres immotivés* destacó diferentes tipos de crímenes ligados en uno de los casos al Yo (o crímenes del interés) y en otro al Ello (o crímenes puramente pasionales). Añade en la frontera entre ambos a los crímenes del Superyó, a los cuales corresponde a los delirios de querulancia y de autocastigo. Manifiesta que Giraud había considerado a los crímenes del Ello como inmotivados, donde "...lo que el sujeto quiere matar aquí no es su yo o su superyó, sino su enfermedad, o, de manera más general, "el mal", el *kakon*". (Lacan, 1932, p.275)

En *Acerca de la causalidad psíquica* Lacan vuelve sobre la referencia a Giraud y señala que "lo que el alienado trata de alcanzar en el objeto al que golpea no es otra cosa que el *kakon* de su propio ser" (1946, p.173) , es decir que el ser al que golpea en lo exterior no es sino lo

interior de su ser. Por último, dos años después, en *La agresividad en psicoanálisis* hace mención al *kakon* pero ya no asociado a Giraud sino a Melanie Klein y sus concepciones de la posición depresiva en el bebé y del objeto malo.

c- Pasaje al acto y responsabilidad subjetiva.

Pero tampoco es la referencia al *kakon* la última aproximación de Lacan a la vertiente que introduce el pasaje al acto, sino que también es posible hallar en sus textos acerca de la criminología desarrollos a propósito de la agresividad, así como interrogantes que giran en torno a la responsabilidad de los propios actos. Mientras la criminología, ciencia de raigambre positivista se centra en el fenómeno en cuestión, Lacan apunta más allá y cuestiona si el pasaje al acto homicida permite alguna simbolización por parte del sujeto, si pueden ser pensados desde la paranoia y que aporte puede hacer el psicoanálisis al esclarecimiento de estos actos. Es factible así mismo encontrar una crítica radical a la posición de Paul Giraud partiendo de la base de que este concebía al acto criminal como inmotivado y contrariamente Lacan lejano a una posición positivista de objetivar el fenómeno apunta a la posibilidad de ubicar si es posible algún tipo de responsabilidad subjetiva del acto.

La posibilidad de cierto reconocimiento de la responsabilidad subjetiva del acto por parte del sujeto marca la tendencia a la humanización del mismo y se contrapone con la objetivación del acto homicida que contrariamente deshumaniza.

Pero el interés respecto a la responsabilidad subjetiva no surge con Lacan sino que es factible recordar en la misma línea la pregunta que se hacía Freud en 1925 respecto de la

responsabilidad sobre los propios sueños cuando se interrogaba “¿Debemos asumir la responsabilidad por el contenido de nuestros sueños?” (p.134) frente a la cual respondía afirmativamente incluso cuando se tratase de mociones oníricas consideradas malas por el sujeto. A propósito de la responsabilidad subjetiva Lacan regresa en su texto *La ciencia y la verdad* para señalar que “de nuestra posición de sujetos somos siempre responsables” (1966b, p.816).

Teniendo en cuenta los criterios que indican 1. la presencia (o ausencia) de metáfora delirante; 2. la presencia (o ausencia) de coordenadas que señalan riesgos de pasaje al acto y la verificación (o no) de responsabilidad subjetiva frente a modos posibles de pasaje al acto, resulta imprescindible que las modalidades de abordaje de los pacientes psicóticos que se encuentran internados en una institución como la hospitalaria contemplen la apuesta por la escucha de la singularidad a lo largo de la misma.

3- Discernir, según el discurso, modos posibles de pasaje al acto.

a- El pasaje al acto para la psiquiatría.

Es posible señalar, tal como fue mencionado anteriormente, que el concepto de pasaje al acto guarda relación con desarrollos de la psiquiatría francesa. Salvando diferencias respecto a la manera de concebir el mismo para Lacan, es posible seguir un recorrido por los diversos aportes que psiquiatras como Esquirol, Magnan, Ségla y Ey entre otros han realizado en la temática. En líneas generales estos hacen principalmente mención a las descargas repentinas e inmotivadas de tensión, a las impulsiones y a las manifestaciones súbitas. Se incluyen en estos desarrollos una

serie de fenómenos heterogéneos que conservando las características antes señaladas pueden ir desde el homicidio y el suicidio hasta las agresiones sexuales.

Podemos ubicar en este sentido como punto de partida a los desarrollos de Esquirol en *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* en relación a la monomanía instintiva o impulsiva, en la que “el enfermo es llevado a actos que la razón y los sentimientos no determinan, que la conciencia reprueba, que la voluntad no tiene la fuerza de reprimir” (1838, p.2). Según Bercherie en *Los fundamentos de la clínica*, Esquirol diferencia a la monomanía de la manía tal como la concibe Pinel, por tratarse la primera de una forma sin delirio, de la cual a su vez distingue diferentes subclases de monomanías, entre ellas las instintivas o impulsivas, por ejemplo la monomanía homicida. La particularidad de este tipo de monomanía según Esquirol no solo se centra en el carácter involuntario e impulsivo sino en que, quien lleva a cabo el acto se muestra calmo o indiferente luego de efectuar el mismo.

Siguiendo los desarrollos del psiquiatra Jules Séglas en *De la Melancolía sin delirio* es posible ubicar precisamente a la melancolía sin delirio, caracterizada para este autor por estados de inhibición y de abulia, que pueden verse acompañados en ciertas oportunidades de movimientos de apariencia automática o impulsiones violentas a modo de raptó. Según señala Séglas en estos casos “la atención se fijará como convulsivamente sobre un objeto dando así lugar a la idea fija, o incluso se tratará de un impulso violento, rápido, sin un fin determinado”. (1894)

Por otra parte Magnan retomando los desarrollos de Morel y enfocándose en la noción de desequilibrio mental, en su libro en coautoría con Legrain *Les dégénérés : (état mental et syndromes épisodiques)* de 1895 hace hincapié en los síndromes episódicos en los que

“sobreviene inevitablemente accidentes agudos o síndromes episódicos que dividen en obsesiones, impulsiones y accesos delirantes”. (Huertas, 1985)

Régis quien ya se había abocado al estudio de las fugas militares, en 1910 y a propósito de su estudio del caso de Jean-Jacques Rousseau en *La dromomanie de Jean-Jacques Rousseau* hace referencia a la dromomanía, a la que caracteriza esencialmente por la fuga impulsiva. A propósito de esta consideración Emilio Vaschetto señala en su artículo *Viajeros, locos, errantes* “a propósito del examen del alienista que impulsiva no quiere decir *sans motif*. El motivo, advierte Régis parafraseándose a sí mismo, no excluye la impulsión; él no la crea sino que la provoca y la desencadena.”. (2014, p.114)

Henri Ey en *Estudios Psiquiátricos* dedica uno de sus capítulos al estudio de las impulsiones y señala que desde Morel en adelante de lo que se trataba era de discernir si la impulsión podía pasar al acto. Distingue en su descripción acerca de estos fenómenos diversas formas de impulsiones como las fugas en los estados confusionales, los suicidios en las melancolías, accesos de agitación maníaca entre otros.

b- El pasaje al acto para las organizaciones internacionales en materia de salud.

Por otro lado es posible señalar que las organizaciones internacionales en materia de salud se abocaron especialmente al caso de los suicidios. En 1969 en *Cuadernos de Salud Pública N° 35. Prevención del Suicidio* la Organización Mundial de la Salud consideraba como acto autolesivo o intento de suicidio “a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (p.12) y hacía hincapie en la importancia de prevenir los mismos. En 2014 en *Prevención Del*

Suicidio: Un Imperativo Global la Organización Panamericana de la Salud se pronunciaba a propósito de la importancia en llevar adelante políticas de prevención del riesgo del acto suicida, entre ellas estudios epidemiológicos y abordajes intersectoriales.

La orientación llevada a cabo por las organizaciones internacionales acerca de la posibilidad de prevención del suicidio tuvo como efecto la instauración de leyes nacionales en diferentes países que son coincidentes con lo dispuesto por estas. En la Argentina el 6 de abril del año 2015 se promulgó la *Ley N° 27.130 “Ley Nacional de Prevención del Suicidio”*.

Es por lo tanto posible distinguir a propósito de esta temática que mientras la psiquiatría, especialmente la escuela francesa, como parte de una extensa y exhaustiva semiología clínica ha resaltado la descripción de los fenómenos asociados a esta, para los organismos internacionales en materia de salud el acento está puesto en la capacidad de las políticas sanitarias de incidir en la prevención del suicidio como principal estrategia de implementación.

Capítulo 8

La libertad en las psicosis

Articular las nociones de libertad y psicosis en la enseñanza de Lacan implica situar una tesis clara y sostenida por él, que se contrapone tanto a las ideas de Henri Ey como a las que hacia la década de 1970 defendió el movimiento de la antipsiquiatría. En líneas generales estas últimas se corresponden con la necesidad de otorgarle al considerado loco la libertad que no dispondría. Esta tendencia, tal como refiere Francesca Biagi-Chai en su libro *Atravesar paredes. La locura, de la psiquiatría al psicoanálisis* no es más que una modalidad de poner el acento en el lugar donde transcurre la internación de quien es internado y descuidar lo relativo a su tratamiento. Por lo tanto, siguiendo a esta autora, es posible señalar que puede haber confortabilidad en el lugar de internación pero no alcanza ella por sí sola a lidiar con el sufrimiento singular de cada quién.

1- Crítica de Lacan a la anti psiquiatría.

El movimiento de la anti psiquiatría nace en 1967 siendo el psiquiatra sudafricano David Cooper quien acuñara el término antipsiquiatría por primera vez para lanzar su crítica a la disciplina psiquiátrica en cuestión, considerándola funcional al capitalismo. A las ideas de este

movimiento se le sumaron otros desarrollos posteriores que se centraron en cuestionar el rol de las instituciones hospitalarias psiquiátricas como tales.

Lacan a tono con los debates de la época, se expresó acerca de la articulación entre la locura y la libertad, señalando que parte de los representantes de los movimientos ubicados en el campo de la anti psiquiatría, partiendo de ideales ligados al concepto de libertad, erraban al concebir la idea de que el psicótico de por sí es un ser recluido, carente de libertad y que debiera de ser liberado. En este sentido en *Hablo a las paredes*, es decir cuando fue invitado a dar una conferencia a los residentes de psiquiatría del Hospital de Sainte-Anne en 1971, lugar en donde había dado su seminario anteriormente, señala que los representantes de esa orientación psiquiátrica pretendían la liberación del psiquiatra y estaban mal encaminados, asimismo fue tajante al dar una sólida respuesta a estos debates cuando afirmó que justamente el loco es el hombre libre.

Lacan advierte asimismo en *Acerca de la causalidad psíquica* que “si la obra de Pinel nos ha vuelto ¡gracias a Dios!, más humanos para con el común de los locos, hay que reconocer que no por ello ha hecho aumentar nuestro respeto por la locura de los riesgos supremos.” (1946, p.174). Vale recordar que en cierta medida la obra de Pinel se corresponde con la determinación de liberar a los alienados de Bicêtre de sus cadenas diferenciándolos de los delincuentes, por tanto es posible considerar que lo que Lacan desliza en su texto es que resta circunscribir el riesgo no contemplado de la locura al solo concebir por libertad la acción de mejorar las condiciones de vida de los internados.

Es posible advertir siguiendo a Francesca Biagi-Chai cuando se expresa a propósito de la práctica hospitalaria durante el surgimiento del movimiento antipsiquiátrico que este riesgo llevó a elevar a la libertad del loco a la condición de ideal:

Liberar a la sociedad era en principio y por sobre todo liberar a los locos de un encierro calificado como arbitrario, desigual, injusto y abusivo.(...) La antipsiquiatría, mediante un giro que se expandía en un contexto de culpabilidad, la de haber querido confinar, amordazar, hacer callar a quien era diferente, elevaba al loco al rango de modelo. Se tornaba la coartada de una generación. (2021, p.169)

Vale señalar que se trata de una época marcada por el contexto del Mayo francés donde existía un especial énfasis por parte de movimientos estudiantiles y sindicales en la idea de la liberación social de los autoritarismos y del poder imperante. En su Seminario *De un Otro al otro* de 1968/1969, contemporáneo a estas discusiones, Lacan se expresa a propósito de la libertad para criticar la noción de libertad de pensamiento, esta última solidaria de igual modo con las líneas discursivas de dicha época. No solo señala que no hay la menor libertad en lo que refiere al pensamiento, ubicándola en todo caso del lado de la utopía, sino que advierte que esta es un no lugar.

2- Crítica de Lacan a Henri Ey.

Pero no fue únicamente con el movimiento de la anti psiquiatría con quien Lacan discutió a propósito de estos temas, sino que mantuvo con Henri Ey marcadas diferencias en relación al entendimiento que cada uno tuvo respecto de la noción de libertad en las psicosis.

Ey por su lado, partiendo de su postura órgano-dinamista abogaba por la idea de que la enfermedad mental amenazaba la libertad del paciente y concebía al psiquiatra como el agente encargado de liberarlo. En la Octava Edición de su *Tratado de Psiquiatría* señala que la finalidad de la terapéutica psiquiátrica es la que debe orientarse hacia “una mayor libertad ofrecida y tomada por el enfermo mental, a quien su enfermedad le ha privado de dicha posibilidad.” (1978, p.943)

En *Acerca de la causalidad psíquica*, texto que nace precisamente de la participación de Lacan en las Jornadas Psiquiátricas de Bonneval a las que el mismo Ey lo había invitado en 1946, es posible encontrar una referencia que Lacan hace a este a propósito de la temática. Critica allí la posición de Ey quien consideraba que “las enfermedades son insultos y trabas a la libertad, no están causadas por la actividad libre, es decir, puramente psicogenéticas” (p.157). Distante de esta concepción de la enfermedad como obstáculo de la libertad, Lacan marca la inherencia de la locura a la libertad y sitúa la figura del títere como aquel que ignorando la influencia de los hilos que lo conducen se cree libre y desconoce su relación al Otro.

Recapitulando respecto de la idea de concebir al loco como un sujeto a ser liberado de su opresión es preciso señalar que la figura de la libertad del psicótico es diferente para Lacan, es la de una libertad que puede resultar penosa o ruinosa. Se trata de concepciones de la libertad, la de las psicosis para Lacan y la de Ey, divergentes entre sí.

Para dar cuenta de la concepción de la libertad en las psicosis para Lacan es importante seguir la referencia que introduce en su *Breve discurso a los psiquiatras* de 1967 donde señala que:

Los hombres libres, los verdaderos, son precisamente los locos. No hay demanda de *a* pequeño, él tiene su *a* (*petit a*), por ejemplo es lo que él llama sus voces. Y por lo cual ustedes están angustiados en su presencia y con toda razón porque el loco es el hombre libre. (Lacan, 1967, párr. 51)

Es posible por lo tanto ubicar al psicótico como aquel hombre libre del Otro en tanto no pasa por él para acceder al objeto. Es decir que el psicótico no ha consentido a la extracción del objeto y a su remisión al Otro, lo tiene en el bolsillo. En su contrapunto el neurótico para quien el objeto ha sido perdido busca en el campo del Otro, demanda un acceso a este.

Freud ya se había ocupado de esta temática cuando respecto al discernimiento de las posibilidades de tratamiento de las psicosis por el método psicoanalítico señalaba que en tanto los psicóticos no tendrían nada que demandar no había un horizonte posible para este, a diferencia de los casos de neurosis que consideraba más propicios para el abordaje psicoanalítico.

Pero a partir de los desarrollos de la enseñanza de Lacan acerca del objeto *a* es posible hacer relectura de esta particularidad que incide en la clínica y que Vicente Palomera en *Transferencia y posición del analista en las psicosis* retoma al señalar respecto de esta temática que precisamente “la libido del sujeto psicótico es narcisista, digamos que la libido está pegada a él, es decir, no ha habido separación del objeto” (2018, p.1). Ocurre entonces que cuando hay un interés por ese objeto no extraído por parte del analista la transferencia puede tornarse persecutoria. Sobre los aspectos relativos a la posición del analista en las psicosis será preciso regresar más adelante para no solo explorar dicha temática con mayor detenimiento sino también para diferenciar los desarrollos de la orientación lacaniana de los abordajes posfreudianos.

Capítulo 9

De la práctica a la teoría: crítica de Lacan a los desarrollos posfreudianos

Para ubicar mayores precisiones acerca de la posición del analista de la orientación lacaniana en tanto vislumbra un *parlêtre* allí donde no está dado de por sí para otras orientaciones, es preciso realizar un recorrido que contemple las diversas consideraciones en relación a esta temática que han tenido lugar en la historia del psicoanálisis siendo posible apreciar diferencias trascendentales entre el psicoanálisis de orientación lacaniana y el psicoanálisis posfreudiano.

Luego del fallecimiento de Freud en 1939 tuvieron lugar múltiples y diversos desarrollos psicoanalíticos ligados a sus seguidores, estos según destaca German García en *La ingenuidad de la perversión personal* motivados por una exigencia clínica tuvieron a bien diferenciarse de su maestro. Este autor ratifica que “Sigmund Freud, por su parte, tenía a considerar estas diferencias como efecto de la ceguera de cada uno en relación con la causa, cuando no como una debilidad frente a demandas extrañas” (1989, p.3). De este modo aparecieron variados desarrollos teóricos que de igual manera Lacan no tardó en dilucidar como desvíos imaginarios.

Es posible ubicar estas críticas por parte de Lacan en *La dirección de la cura y los principios de su poder* cuando afirma su posición respecto de que el inconsciente se encuentra estructurado como un lenguaje, allí cuestiona a Jung su concepción de la estructuración del inconsciente en arquetipos divinos, así como también en *Del sujeto por fin cuestionado* cuando se refiere a las conceptualizaciones de Ferenczi como de Jones y no se demora en ubicarlas como extravagancias teóricas.

Es a partir de estas conceptualizaciones que Lacan cuestiona la perspectiva tomada por parte del psicoanálisis posfreudiano a propósito de la posición del analista en un tratamiento que pretende una introyección intersubjetiva del analista por el paciente, es decir Lacan se opone rotundamente al hecho de contemplar al analista como un objeto a ser incorporado. Es posible advertir que estas teorías, que podrían ser llamadas canibalísticas por su acervo oral, no se desprenden sino de una relación dual entre analista y analizado. Señala que en la misma línea es posible ubicar tanto a Ferenczi y su introyección como a Strachey con su idea de la identificación con el Superyó del analista y a Ballint con su elaboración ligada al trance narcisista terminal. Extrae como consecuencia de estos desarrollos teóricos el inevitable desgaste de la técnica analítica.

En la medida en que Lacan avanza en el desarrollo de su Seminario *Las Psicosis* de 1955-1956, principalmente hacia el final del mismo y también dos años después en su escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis* tienen lugar diferentes cuestionamientos al abordaje teórico de las psicosis realizado por parte del psicoanálisis posfreudiano que ahondan en esta línea.

En primer lugar es posible distinguir que las principales críticas que Lacan establece a los psicoanalistas posfreudianos respecto de sus desarrollos relativos a las psicosis son a Ida Macalpine quien se propuso examinar los desarrollos freudianos acerca del caso Schreber y que criticó a este respecto de no haber discriminado correctamente en su estudio neurosis de psicosis, así como haber pasado por alto síntomas hipocondríacos del caso en cuestión. Lacan vuelve sobre el texto de Macalpine *El caso Schreber. Una contribución a la esquizofrenia, hipocondría y a la formación de síntomas psicósomáticos* para cuestionar la postura de la autora acerca de la

causalidad de las psicosis así como la perspectiva que esta tiene del mecanismo de la proyección en dicha estructura psíquica, la cual considera acrítica y sin apoyo en evidencia clínica.

Respecto del caso Schreber en su Seminario *Las Psicosis* no sólo cuestiona las concepciones que Macalpine elabora acerca de la consideración de un fantasma de embarazo en este, sino también a la evocación y consideración de valor femenino para del sol en las civilizaciones heliolíticas y la resonancia etimológica de este con el nombre de la ciudad donde se encontraba hospitalizado Schreber, Sonnenstein. Lacan tilda estas elaboraciones de entrecruzamientos extraños e inasibles a los síntomas del sujeto, señalando su no conveniencia a los fines de dar cuenta del inicio de la psicosis en Schreber. Advierte que la debilidad en los fundamentos y argumentos de su teorización respecto de este caso se deben a que la terminología empleada únicamente por Macalpine tiene injerencia en la dialéctica imaginaria del narcisismo. De este modo es posible observar que los desarrollos de esta autora a propósito del caso Schreber se encuentran centrados en los fantasmas imaginarios de procreación y se diferencian de los de Freud en tanto que no registran la prevalencia de la figura del padre para el caso, dejado a un lado por la autora y cuyo valor Lacan en cambio resalta.

Sobre esta crítica Lacan insiste en 1958 en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* cuando señala que Macalpine rechaza todo recurso asociado al Edipo freudiano para sustituirlo por su idea de fantasma de procreación. Se trata éste de un momento en el que Lacan ubica al Nombre del Padre como significante forcluido en la psicosis, por tanto que no solo se diferencia en su posición respecto de la de Macalpine sino que también es en su retorno a Freud donde recupera aquella referencia que este introdujo y que había sido abandonada por el psicoanálisis posfreudiano.

Otra de las críticas que Lacan hace al psicoanálisis posfreudiano radica en el hecho de haber elidido la subjetividad para darse paso a realizar desarrollos teóricos abstractos de las facultades de los sujetos. Le cuestiona el objetivo de querer diferenciarse de las teorizaciones existentes realizando correcciones basadas en los posibles contrapuntos afectivos que omiten las implicancias afectivas subjetivas presentes en los casos clínicos.

Es posible entonces advertir entre otros aspectos que la orientación de Lacan se diferencia de la del psicoanálisis posfreudiano ya que parte de la práctica y conduce a diversos desarrollos teóricos psicoanalíticos, pero a posteriori, tomando en cuenta lo que la casuística enseña y contemplando la singularidad de cada uno de los casos. A propósito Lacan señala en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* que “un primer estudio acerca de la paranoia nos llevó hace treinta años al umbral del psicoanálisis” (1958, p.514) es decir que fue su estudio acerca de un caso, más precisamente del caso Aimée lo que lo condujo a las precisiones clínicas sobre la paranoia a las que arribó finalmente y que dieron lugar a los desarrollos teóricos de su tesis doctoral *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, lo que le significó para él una aproximación al psicoanálisis.

Si bien la formación de Lacan al momento del establecimiento de su tesis doctoral estaba ligada al ámbito de la psiquiatría, podemos señalar que es el interés por los aspectos subjetivos del caso Aimée lo que lleva a este a acercarse al psicoanálisis para dar cuenta de aquello que el caso enseña, que él aprehende y transmite finalmente en su tesis.

Podemos advertir de este modo que los psicoanalistas posfreudianos anteponían sus teorías a las subjetividades de sus analizantes y considerar que se querían diferenciar de Freud haciendo su propia teoría a partir de la teoría existente al momento. Podemos observar asimismo

una diferencia radical respecto de la posición del analista en la práctica con sujetos psicóticos para el psicoanálisis de orientación lacaniana y para el psicoanálisis posfreudiano que queda plasmada en los primeros desarrollos de la enseñanza de Lacan, etapa en la que es posible ubicar la mayor parte de sus cuestionamientos a esta corriente teórica.

Orientación lacaniana del psicoanálisis

Práctica Teoría

Psicoanálisis posfreudiano

Teoría freudiana Teoría

Capítulo 10

Aproximaciones a la posición del analista

1- El analista en la institución hospitalaria.

Mientras se daba desenlace a la Primera Guerra Mundial se impulsó en Europa la creación de institutos donde se practicase el psicoanálisis principalmente abocándose al tratamiento de los casos considerados como neurosis de guerra. En esta época Freud se mostraba particularmente interesado en la posibilidad de dar lugar a existencia de sanatorios donde también se aplicasen análisis a hombres en condiciones de entregarse a la bebida, a mujeres capaces de sufrir por las privaciones, contemplando las cargas que estas impondrían y a niños. Dicha propuesta finalmente se materializaría en la creación de un instituto policlínico psicoanalítico hacia 1920 en Berlín que se ubica como un hito dentro de la participación de psicoanalistas en una institución y un centro ambulatorio en Viena en 1922.

Es importante destacar que el surgimiento de estas instituciones tiene lugar en el contexto social de la República de Weimar y de la Viena Roja respectivamente, momentos donde fue propicia la aparición de las mismas así como de experiencias culturales y artísticas influyentes para la época.

Posteriormente la tarea de estos centros se vería limitada por la aparición del régimen nazi en Alemania y su inmediata expansión por Europa, que años más tarde pondría fin a estas

primeras experiencias, no así a la presencia de practicantes del psicoanálisis en las instituciones hospitalarias.

La presencia del psicoanálisis en una institución como el hospital contempla la idea de que no hay un lugar pre configurado allí para el analista, quien en el encuentro con otros discursos, suele ser receptor de múltiples demandas e incluso, a veces puede verse convocado a intervenir bajo el título universitario de psicólogo o médico. Precisamente por lo antes señalado es importante distinguir que la presencia del analista en el hospital abre la posibilidad de la invención.

En esta línea Lacan en su intervención del 16 de febrero de 1966 llamada *Psicoanálisis y medicina* se expresó a propósito del lugar del psicoanálisis en relación a la medicina y no solo señaló su carácter extraterritorial, sino que se explayó a propósito de aquello que escapa a la relación epistemo-somática de la medicina respecto del cuerpo, es decir el goce. En este sentido señala que “este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo-somática” (p.92). Es en este punto donde es posible advertir que precisamente la posición del analista puede permitir divisar mejor aquello que queda excluido desde otras orientaciones, que el sujeto está ubicado en relación al goce.

Retomando la temática ligada a la presencia del analista en la institución hospitalaria es preciso vislumbrar un interrogante respecto de la duración de los tratamientos allí. ¿Cuándo y cómo terminan los tratamientos psicoanalíticos en el hospital? son preguntas que se abren a raíz de la diferencia que existe entre la práctica dada en dicho lugar y la que se lleva a cabo en el

consultorio. La primera tiene como componente en juego la existencia de normas que son propias de la institución, como pueden ser las que atañen a la duración máxima permitida allí para un tratamiento.

Sin embargo siguiendo a Freud en *Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis* es factible señalar que ni en el consultorio ni en el hospital el tratamiento analítico tiene allanado dicha disposición “en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá.” (1913, p.131). En este punto es importante destacar, fundamentalmente en los casos ligados a internaciones, que la transferencia una vez finalizada la estadía del paciente en el hospital puede continuar en lo que implica su vertiente institucional, por lo cual aquel paciente que se externe puede en ciertos casos continuar su tratamiento en aquellos dispositivos que la institución dispone para dichos fines, es decir que se externa del hospital pero su transferencia con el mismo perdura.

Existen por lo tanto dispositivos de índole hospitalaria para pacientes externados como el de Hospital de Día que tal como señala Daniel Millas en *El psicoanálisis pensado desde la psicosis* se ubican frecuentemente para las lógicas sanitarias bajo la premisa de la readaptación y resocialización, sin embargo para la orientación lacaniana del psicoanálisis la prevalencia la tendrá el tipo de uso que se le dé al dispositivo para cada caso y no una normativa general para todos los casos. Por esta vía es posible situar precisamente la existencia de dispositivos de Hospital de Día cuya apuesta sea la de acompañar a los sujetos que se incluyan en estos a encontrar o sostener soluciones excepcionales que partan de sus consentimientos y no sean impuestos por la estandarización de una normativa.

En este sentido es posible resaltar que el analista en la institución se encuentra del lado de concebir que no haya una ley para todos los sujetos, es decir que aquello que funciona como una solución para un sujeto no es extrapolable a todos los casos. Más bien se trata de dar lugar a un trabajo que permita acompañar a que cada sujeto intente encontrar un arreglo singular que haga su vida más soportable o menos sufriente.

2- Aproximaciones a la posición del analista en las psicosis.

a- La no comprensión apresurada.

Es posible ubicar distintas apreciaciones de Lacan a lo largo de su enseñanza a propósito de la posición del analista en las psicosis. La primera aproximación acerca de esta temática que se puede extraer del Seminario *Las psicosis* que da Lacan entre 1955 y 1956 radica en no comprender demasiado rápido lo que dicen los pacientes, indicación que puede extrapolarse a otras estructuras clínicas:

Comiencen por creer que no comprenden. Partan de la idea del malentendido fundamental. Esta es una disposición primera, sin la cual no existe verdaderamente ninguna razón para que no comprendan todo y cualquier cosa. (Lacan, 1955, p.35)

A propósito de esta indicación y para fundamentarla Lacan retorna al ejemplo dado por una paciente en una de las presentaciones de enfermos, señala que se trata de un caso de delirio de dos. Luego de dar lugar a una entrevista con la hija, no tarda en señalar que esta es quien por

medio de su discurso denuncia que uno de los vecinos la ha injuriado diciéndole *Marrana*, manifiesta que ella también le ha dicho algo al vecino *Vengo del fiambbrero*, por tanto que Lacan alude a una asociación posible con el cerdo y la paciente lo corrobora, así da cuentas de su error al cerciorarse del grado de conformidad de la paciente y destaca que seguramente era lo que quería que comprendiese. Advierte Lacan:

Nuestra paciente no dice que otro habla tras él, ella recibe de él su propia palabra, pero no invertida, su propia palabra está en el otro que es ella misma, el otro con minúscula, su reflejo en su espejo, su semejante. (1955-1956. p 80)

Señala por lo tanto que comprender de inmediato es colaborar con la resistencia del paciente, que tal como indica en reiteradas oportunidades en un tratamiento son las del analista. Sobre esta idea regresa en *La dirección de la cura y los principios de su poder* en 1958 cuando pone al analista en el banquillo de los acusados y reafirma que no hay resistencias al análisis sino del analista. Insiste en que al comprender el analista hace mal, en todo caso lo que propone es detenerse en porque alguien da algo a comprender.

Asociada a la idea de no comprender demasiado rápido, Lacan señala que una indicación en torno a las psicosis es la de dejar hablar el mayor tiempo posible para luego uno hacerse una idea. Refiere que si Schreber testimonió de esa manera fue porque lo dejaron hablar.

Al igual que todo discurso, un delirio ha de ser juzgado en primer lugar como un campo de significación que ha organizado cierto significante, de modo que la primera regla de un buen interrogatorio, y de una buena investigación de la psicosis, podría ser la de dejar hablar el mayor tiempo posible. Luego, uno se hace una idea. (Lacan, 1955-1956, p.174-175)

De este modo se evidencian las reservas de Lacan respecto de la idea de tomar una actitud activa en cuanto a la comprensión y la interrogación durante los tratamientos de las psicosis. Precisamente Freud ya había señalado en su texto *Lo inconsciente* en relación a la representación-palabra y a la representación-cosa en la esquizofrenia, que para los esquizofrénicos la palabra es la cosa, es decir que tratan a las palabras como las cosas y por tanto es posible considerar que hay que tener cautela en el uso de las palabras y en la direccionalidad de las preguntas.

Lacan considera que en las psicosis es el sistema delirante quien nos da los elementos de su propia comprensión, no son los analistas quienes deben comprenderlo por la lógica personal. A su vez critica a los analistas que buscan hacerse comprender por el paciente haciendo como que hablan su lenguaje. Señala que no se trata de eso, de lo que se trata es de la realidad de la palabra.

Para comprender la estructura del delirio en las psicosis señala que hay que tomarse su tiempo y por sobre todas las cosas no dejarlos de lado considerándolos como errores como ha hecho una parte de la psiquiatría con la cual dialoga en diferentes momentos de su enseñanza, se pierde bajo dicha premisa parte de la singularidad del caso. Por lo tanto es posible señalar que la posición del analista en psicosis implica de modo implícito no partir de la idea de la discordancia del discurso del delirante.

Al respecto de esta concepción en 1966 mediante la publicación de la *Presentación de memorias de un neurópata* ligada al caso Schreber, Lacan prosigue en esta misma dirección y da la indicación de no evaluar al loco en términos de déficits y de disociación de funciones.

Es interesante destacar que Lacan plantea esta postura en relación a la locura precisamente en el marco de la expansión de los manuales diagnósticos y estadísticos de

psiquiatría que contemplaban la idea de trastornos como patrones que dan cuenta de cierta disfuncionalidad del individuo.

b- Evitar la proyección imaginaria en las psicosis.

Pero es en el contexto de su retorno a Freud, donde se puede ubicar nuevamente otra apreciación respecto a la temática y así distinguir la importancia que Lacan otorga al evitar la proyección en el eje imaginario en las psicosis. Es por ello que resalta en los desarrollos de Freud respecto del caso Schreber una advertencia sustancial en la clínica de las psicosis, la de no hacer intervenir de modo imprudente la proyección en la paranoia, es decir evitar ubicarse de yo a yo, o sea del yo al otro.

Basta leer el texto de Freud sobre el presidente Schreber para darse cuenta de que, a pesar de no tener tiempo para abordar el asunto en toda su extensión, él muestra los peligros que se corren, a propósito de la paranoia, haciendo intervenir de modo imprudente la proyección, la relación de yo a yo, o sea del yo al otro. Aunque esta advertencia esté escrita con todas sus letras, el término de proyección se usa a diestra y siniestra para explicar los delirios y su génesis. (Lacan, 1955-1956, p.112)

Es decir que es posible situar en el Seminario *Las Psicosis* advertencias que Lacan da acerca de las precauciones por no colocarse en el eje imaginario a-a', eje que en el esquema Lambda queda asociado al plano imaginario que hace de muro del lenguaje y de obstáculo a la palabra. A propósito señala:

Si queremos colocar al analista en este esquema de la palabra del sujeto, puede decirse que está en algún lado en A. Al menos, allí debe estar. Si entra en el emparejamiento de la

resistencia, lo que precisamente le enseño a no hacer, habla entonces desde a', y se verá en el sujeto. Si no está analizado, lo que cada tanto acontece, esto se produce con toda naturalidad, y aún diría que, desde cierto ángulo, el analista nunca es completamente analista, por la sencilla razón de que es hombre y que participa él también en los mecanismos imaginarios que obstaculizan el paso de la palabra. Se trata para él de no identificarse al sujeto, de estar muerto lo suficiente como para no ser presa de la relación imaginaria (Lacan, 1955-1956, p.230)

Lacan ubica en su Seminario *Las Psicosis* al Dios de Schreber en relación imaginaria con este último. Posición de la que advierte una vez más que es preciso no quedar atrapado. Misma suerte corrió Flechsig tiempo antes, para quien Schreber conservó a su vez un lugar en su delirio, como Otro completo, capaz de tomar la iniciativa. Es interesante circunscribir la modalidad bajo la cual precisamente queda ubicado en esta posición inconveniente y es Lacan quien recuerda que esto no se produjo de manera azarosa ni casual sino que hubo un uso inapropiado de la palabra por parte de Flechsig por medio del cual quedó posicionado en lugar de perseguidor para Schreber, la mención a “los sueñitos fecundos” por parte del neuropatólogo y psiquiatra alemán en el marco del tratamiento tuvo un valor importante en el devenir posterior del caso, de manera tal que luego hubo efectos devastadores para Schreber.

De la siguiente cita, se puede extraer la idea de un Flechsig que empuja a Schreber a confrontarse con el agujero simbólico frente al cual no cuenta con el significante fálico para responder:

Antes de terminar, quisiera señalarles la palabra significativa, incluso desdichada, que Flechsig dice a Schreber en el momento de su recaída, cuando éste llega sumamente perturbado a su consulta. Flechsig ya fue elevado por él al valor de un eminente personaje

paterno. Ya hubo antes una alerta o una suspensión de la función de la paternidad, sabemos por su testimonio que había esperado llegar a ser padre, que su mujer, en el intervalo de ocho años que separó a la primera crisis de la segunda, tuvo varios abortos espontáneos. Ahora bien, Flechsig le dice que desde la última vez, se han hecho enormes progresos en psiquiatría, que le van a aplicar uno de esos sueñitos que serán muy fecundos. Quizás ésta era precisamente la cosa que no había que decir. A partir de entonces, nuestro Schreber ya no duerme, y esa noche intenta colgarse. La relación de procreación está implicada, en efecto, en la relación del sujeto con la muerte. (Lacan, 1955-1956, p.439-440)

Es factible pensar entonces en qué parte de la posición del analista en la psicosis estaría del lado de no empujar o confrontar a un sujeto psicótico con un agujero del cual no pueda tener respuesta.

Se trata éste de un momento en el que el sujeto psicótico, al borde de un agujero a nivel de lo simbólico, se encuentra confrontado a una encrucijada, la del llamado de un significante que debe advenir a un lugar en el que nunca estuvo inscripto. Tiene lugar en dicha instancia la emergencia de un goce desregulado que encuentra sus consecuencias en lo relativo al sentido y a la realidad.

c- El analista secretario del alienado.

Siguiendo los desarrollos de Lacan respecto de Schreber no solo es posible distinguir la posición inconveniente en las psicosis sino también precisar cuál es más propicia para el

tratamiento con ellas. Es en esa dirección que Lacan ubica la posición del analista como secretario del alienado para diferenciarla de aquel que toma la iniciativa en posición de Amo, más bien es aquel quien acompaña y toma a la letra el testimonio del psicótico, ubicando un sujeto en su texto.

Es decir que se puede pensar en la posición del analista como secretario del alienado en tanto de esta se deriva una posición de sumisión del clínico que posibilita intervenir en momentos como los de cadena rota y certeza propios de las psicosis. Desde esta postura Lacan critica la posición de los alienistas que evitaban el testimonio de los alienados:

Aparentemente nos contentaremos con hacer de secretarios del alienado. Habitualmente se emplea esta expresión para reprochar a los alienistas su impotencia. Pues bien, no sólo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse. (Lacan, 1955-1956, p.295-296)

Es Eric Laurent en su libro *El sentimiento delirante de la vida* quien destaca en la perspectiva psiquiátrica de Jean-Pierre Falret una orientación opuesta a toda pasividad respecto de los psicóticos. Este último, según señala Laurent, preconiza la posición de ignorar las ideas de los psicóticos por considerarlas poco serias y en tomar una posición activa abocada a darles a sus pacientes una locación de acogimiento. Se trata en ese caso de una posición contrapuesta a la señalada por Lacan en relación a la que ubica en torno a la del secretario del alienado y a no considerar a las psicosis en términos de déficits.

A propósito de esta consideración Jean Claude Maleval en *Lógica del delirio* señala la importancia de no precipitarse a tomar una posición activa en tanto querer hacer regresar al sujeto que delira a la supuesta realidad, plantea en cambio la importancia de “consentir a una escucha condescendiente del delirio sin buscar reafirmarlo” (1998, p.253). Sucede que hay

pacientes psicóticos que durante muchos años elaboran su sistema delirante, resulta no solo un acto precipitado sino también un desacierto derribarlo en tanto las consecuencias del mismo podrían conducir a lo peor. Ya Freud en su texto de 1937 *Construcciones en el análisis* consideraba como un vano empeño la actitud de convencer al enfermo sobre los desvaríos de su delirio y confrontarlos con una prueba de realidad objetiva.

d- El analista ayuda contra y el analista sinthome.

Es posible señalar que no son solo los casos de psicosis extraordinarias, entendiendo por éstas aquellas que luego de la descompensación presentan delirios, alucinaciones y otros fenómenos elementales, los que llegan a la consultas, hay también casos de psicosis ordinarias que acuden a analistas. Es Jacques Alain Miller en *La psicosis ordinaria*, libro que recapitula las conversaciones y jornadas clínicas de 1998 quien introduce la noción de psicosis ordinarias, entendiendo estas como una categoría clínica perteneciente al campo de las psicosis, donde es posible circunscribir detalles clínicos que dan cuenta de cierto desorden en la manera de sentir el mundo que los rodea, su propio cuerpo y sus propias ideas, que se traduce en un desajuste para los sujetos a nivel corporal que implica de deban ceñirse un cuerpo mediante un lazo artificial, en una propensión a un desorden en las identificaciones de los sujetos a la hora de ejercer una función social o incluso en experiencias de vacío o vaguedad de sentido.

En relación a este concepto fue posible ubicar una precisión en relación a la posición del analista en las psicosis en tanto *ayuda contra*. Dicha distinción radica en que el practicante en tanto analista *sinthome* puede ubicarse como ayuda contra el empuje a La mujer en su encuentro

con Un-padre. Es decir dicha posición le permite sostener un trabajo del sujeto psicótico para ajustar allí donde podría darse un desanudamiento.

Precisamente en su Seminario *El sinthome* Lacan se refiere no al psicoanálisis sino al analista como sinthome, es decir como cuarto eslabón que viene a enlazar los registros (simbólico, imaginario y real) en el lugar del nudo en el que se produjo un lapsus.

Esta orientación plantea la posibilidad de que el analista pueda prestarse como suplencia que anude, advirtiendo que este lugar no es exclusivo del analista, sino que pueden ser otros quienes operen a su vez como *sinthome*.

El *sinthome* no es real, ni simbólico, ni imaginario, es un cuarto nudo que impide que cada registro se vaya para su lado, es lo que los ata. Es preciso destacar que el *sinthome* puede existir antes durante o después de un análisis, esto lo demuestra el caso de James Joyce, quien nunca transitó la experiencia de un análisis sin embargo Lacan no dubitó en determinar a su ego como su *sinthome*, aquel que le proporcionó la posibilidad de hacerse un nombre y así suplir la carencia en la función simbólica del padre.

Lacan también se expresa en su Seminario *El sinthome* respecto a la mujer de Joyce, Nora, destacando que ella le funcionaba como un guante para su cuerpo, que impedía de cierto modo que se desprenda como una cáscara de un fruto maduro, sensación que este había experimentado anteriormente luego de una golpiza recibida cuando era joven. Es decir también homologaba la función sinthomatica a la relación que Joyce tenía con su mujer.

e- No retroceder, acompañar.

En *Apertura de la sesión clínica* del 5 de enero de 1977 Lacan anuncia como respuesta a una pregunta de Jacques Alain Miller una indicación que orienta la posición del analista respecto de no retroceder ante las psicosis y que reafirma su perspectiva del tratamiento posible de dicha estructura por el psicoanálisis. Señala precisamente Lacan que “la psicosis, es aquello delante lo cual un analista, no debe recluir en ningún caso”. (p.19)

Esta posición de no retroceso es la que invita a los practicantes del psicoanálisis a abocarse al tratamiento de las psicosis incluso en el ámbito del hospital, en las internaciones de estos. Respecto de la posibilidad de calibrar cuál es la posición conveniente al analista en las psicosis, Vicente Palomera en *Transferencia y posición del analista en las psicosis* señala que la misma no es la del Otro, posición del Dios de Schreber, ni tampoco la del Ideal I(A) ya que por esa vía no hay progresos debido a la propensión del sujeto psicótico por ya ubicarse allí. Plantea una tercera posibilidad para el analista, a la cual tilda de modesta y discreta, que tiene lugar en tanto este “puede operar a partir del lugar de otro particular, i(a), escrito en minúsculas, un semejante que será el partenaire de las elaboraciones espontáneas del sujeto” (2018, p.5) es decir que siendo solidaria de la noción de secretario del alienado implica la idea de aquel que puede acompañar al sujeto psicótico en las soluciones sinthomaticas que encuentre.

Capítulo 11

Entradas y salidas

La externación de los sujetos psicóticos llamados crónicos de la institución hospitalaria implica de manera necesaria la instancia previa de la internación. Puede suceder o no que en el transcurso de la misma tenga lugar un tratamiento. Ocurre asimismo en diversas ocasiones, que la salida del hospital de los sujetos psicóticos llamados crónicos no siempre coincide con la conclusión del tratamiento, estas instancias pueden darse en tiempos heterogéneos entre sí, por ejemplo saliendo del hospital, es decir primero externándose pero continuando el tratamiento en otro dispositivo de la institución luego del egreso.

Si se tratase de un tratamiento en el marco de una internación hospitalaria es posible circunscribir una salida que esté ligada a la lógica de la entrada del sujeto a la institución y que no prescinda de su subjetividad, ya que la misma puede ser abordada desde el ingreso al hospital.

En esta línea es posible ubicar que Lacan en una de sus presentaciones de enfermos en el Hospital de Sainte-Anne se dirige al Sr. Primeau, quien se encontraba internado allí, del siguiente modo: “Pero de todos modos algún día hay que salir del hospital. ¿Cómo piensa volver a empezar?” (Lacan, 1976). Al respecto Primeau señala que para salir del hospital es preciso primero desangustarse y encontrar una posibilidad de diálogo para tratar su problema, ya que con el sufrimiento que le genera que oigan sus pensamientos no podría vivir en la sociedad. Es decir que es posible notar una apuesta a la singularidad que se evidencia en la invitación a que luego de haber ubicado los desarreglos de su vida durante la entrevista, este tenga la posibilidad de encontrar posibles soluciones que le permitan salir del hospital.

Esta perspectiva denota que en una práctica sin regulaciones basadas en estándares pero con principios que giran en torno a la incorporación del sujeto a la técnica es importante tomar en cuenta lo estructural pero sin desatender lo singular. La orientación por lo real del síntoma desde las primeras entrevistas tiene el valor de permitirle al practicante dilucidar aspectos singulares y así posicionarse como secretario del alienado para discernir cómo y de qué manera acompañar a ese sujeto en las soluciones que encuentre dando lugar a un tratamiento posible.

Es posible pensar bajo esa modalidad en entradas y en salidas del hospital que se encuentren contempladas dentro de los tiempos lógicos de cada quien y no ya de pautas cronológicas prefijadas o de normas totalitarias que generen un abrochamiento entre el instante de la mirada y el momento de concluir.

Lacan hizo referencia a los tiempos lógicos en su texto de 1945 *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma* donde a partir de su apólogo a los tres prisioneros, distinguió tres tiempos lógicos, el instante de la mirada, el tiempo de comprender, el momento de concluir. Estos tienen la particularidad de poder operar de manera independiente, algo impensado desde una perspectiva cronológica que contempla la sucesión temporal como una continuidad. Es el tiempo para comprender, aquel que permite una relectura del instante de la mirada, el que puede no tener lugar si se apresura un momento de concluir para quien transita una internación.

En una consulta en la guardia hospitalaria, frecuente dispositivo de ingreso al hospital para los pacientes que se internan, es posible evidenciar urgencias de distinta índole, ya que las mismas no son contempladas de igual modo desde la lógica médica que desde el psicoanálisis. Desde la medicina la urgencia se concibe como la irrupción de una problemática de diversa

índole y gravedad, que puede implicar que la persona y/o su entorno consideren la necesidad de que esta reciba atención de manera inmediata con el fin de la recuperación de cierta homeostasis previa. En esta línea Inés Sotelo señala en *DATUS. Dispositivo Analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas* que para el psicoanálisis la urgencia reviste otro calibre, esta “se llama urgencia subjetiva (...) aparece en aquellos casos en la que la misma compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional, acerca de la gravedad del caso” (2015, p.65). Se contempla en dicha instancia la vivencia de quien llega a un límite y la posibilidad de que en el encuentro con un analista emerja la dimensión subjetiva, por medio de la instauración de un tiempo de pausa frente a la prisa por concluir.

Es posible en este sentido pensar a la institución hospitalaria como aquella capaz de alojar y brindar tratamiento en distintos momentos de la vida a un sujeto, donde una vez que haya tenido lugar una entrada por vías de la internación, exista una salida posible de la institución que contemple su subjetividad y no dé lugar a su negación, ya que la misma puede ser ubicada desde el primer momento como fue descripto anteriormente.

Se abre ante dicha instancia una pregunta acerca de ¿qué sucede con la transferencia una vez ubicada una salida del hospital? En el caso de los tratamientos que se llevan a cabo en el marco de los hospitales psiquiátricos con sujetos psicóticos es posible ubicar justamente a la vertiente transferencial como aquella que puede continuar operando una vez que estos terminan su tratamiento intramuros y los pacientes se externan.

Puede seguir siendo operativa la transferencia en su versión institucional en los casos de quienes son externados en los dispositivos que ésta contemple. Así es factible encontrar sujetos

psicóticos que una vez que se externalizan del hospital, continúan asistiendo a los servicios de consultorios externos o a los de hospital de día, entre otros.

No alcanza con que las puertas del hospital estén abiertas y tampoco de que los internados las atraviesen a la ligera, se trata más bien de que tenga lugar una salida a la medida de cada quien. Para ello es necesaria la prudencia de encontrar el momento propicio, en el cual tenga lugar una decisión deliberada.

Eric Laurent en *Psicoanálisis y Salud Mental* al referirse a la experiencia que tuvo lugar en el marco cierre del hospital de Trieste en Italia en el año 1977 señala que la misma implicó que “los italianos tuvieron que plantear las cosas de otra manera, con prudencia, y después de los años sesenta no se trataba ya de cerrar los manicomios, sino de trasladar la locura de los manicomios al hospital general” (2014, p.34). Es decir ubica la importancia de que dichas determinaciones no se tomen de manera abrupta y menciona experiencias posteriores de mayor moderación en Francia y en España.

Baltasar Gracián, jesuita y referente literario en la corriente del arte de la prudencia señala en uno de sus trescientos aforismos que “el norte de la prudencia consiste en portarse a la ocasión” (1647, p. 112). Es decir que la misma atañe a la contingencia, al instante oportuno y no a otro momento. Es Jacques Alain Miller quien en *Como terminan los análisis, paradojas del pase* ubica a la prudencia del lado de la práctica y señala que “la prudencia no puede ser definida por una idea universal” (1990 [2022] p.198). Las ideas universales tienen su lugar en la actualidad en diversos ámbitos sociales, es así que existen tendencias a legislarlo todo, que se orientan por el objetivo de garantizar el *para todos*, dimensión que puede aplastar la singularidad de los sujetos. Esa dirección totalizante se ve acompañada por la búsqueda de la igualdad, de

encontrar individuos idénticos unos a otros. Es preciso que la orientación de la práctica hospitalaria no persiga los ideales de la identificación común.

No sin prudencia y en el momento lógico oportuno, cada quien podrá encontrar aquella salida a su medida y si fuera conveniente la transferencia pueda continuar en los espacios que la institución ofrezca para la continuidad de un tratamiento posible.

Capítulo 12

Casos clínicos

Con el fin de poner en tensión los temas abordados a lo largo de la presente investigación y de ese modo demostrar la hipótesis antes mencionada así como las ideas correspondientes a la misma, se presentarán dos casos clínicos que son extraídos de la práctica hospitalaria.

Caso Ricardo – De la intromisión a la misión de Dios.

De manera recurrente en las entrevistas en el hospital en el que se encuentra internado, Ricardo señala que lo miran mucho y que por ello se siente nervioso. Le propongo esperar del otro lado de la sala, donde no hay personas sentadas, acepta y se mantiene a distancia de sus pares, asimismo le ofrezco mantener entrevistas caminando por los parques, lejos de las miradas de los allí presentes, también accede y solicita dicha dinámica cuando lo cree conveniente.

Luego de algunos encuentros señala que un hombre lo miró raro, parece sumamente preocupado por ello.

-No sé qué quiere de mí, me miró fijo, no me gusta su mirada, me pone mal-

Lo escucho con atención, le pregunto si es la primera vez que le pasa y me dice que no, que cuando eso sucede cae presa de un gran nerviosismo y comienza a ver destellos y

“lucecitas”. Interrogo como ha hecho para arreglárselas con esas miradas hasta ese momento, me comenta que se aísla por algunas horas y se le pasa la sensación.

Con el devenir de las entrevistas Ricardo señala que cuando tenía 18 años dedicaba sus días al cuidado y la crianza de algunas vacas que poseía su familia, caminaba todas las mañanas hacía un lote lindero a su domicilio donde se encontraban las mismas y permanecía ahí en soledad cuidándolas por algunas horas. Había abandonado la escuela a poco tiempo de comenzar la secundaria, era un joven retraído y distante de sus pares, sumamente apegado a su madre.

Una mañana, poco después del fallecimiento de su padre, al acercarse al terreno donde estaba el ganado se encontró con una cuantiosa cantidad de velas en el piso, pasto quemado, una gallina muerta, sangre y crucifijos, señala que en ese instante se quedó paralizado, comprendió inmediatamente que uno de sus vecinos, quien en ese momento se disputaba la propiedad del lote con su madre, le había hecho una brujería con el fin de verlo arruinado. Manifiesta que desde allí todo comenzó a ir mal para él. Advierte que hay algunos pasajes de su situación en aquel tiempo sobre los cuales no quiere hablar, respeto su decisión y le aclaro que no tiene que hablar de aquello si no quiere o no puede. Tiempo después manifestará que en esa época solía verse expuesto a encuentros sexuales con hombres que se aprovechaban de él.

Refiere que en aquel momento vivió una situación de verdadera ruina que lo devastó por completo y que lo llevó a internarse en el hospital. Asimismo advierte que desde que sufrió la brujería uno de los hijos de su vecino se le metió por los ojos, invadiéndolo y provocando perjuicios.

En el transcurso del tratamiento señalará haber tenido una revelación de Dios, con el cual hizo un pacto. Por un lado este le quitó la brujería y le sacó al hombre invasor de adentro del

cuerpo, mientras que a cambio Ricardo se comprometía a cumplir una misión, la de no tener hijos y la de evitar tener sexo. Solo se concederá algunas licencias respecto de esta última cláusula, la de permitirse tener sexo de mentira (es decir en su pensamiento) y dejar en el marco de la misión al sexo real tal como lo describe.

-Vino a verme al hospital Sandra (una amiga de su familia) y me dijo que yo era el padre de corazón de sus hijos, así que por más que ella tuvo y tenga novios, yo ya los tengo a ellos y sé que son mis hijos, Dios me los dio como resarcimiento por la misión que estoy cumpliendo- señala y agrega -A veces tengo sexo pero es de mentira, es en mi pensamiento, mientras duermo, a veces es con hombres otras veces con mujeres. Sexo de verdad no puedo tener, Dios no me lo permite.-

Escucho con atención su relato, pregunto solo lo necesario para seguirlo en los detalles del mismo o para preguntarle cómo se siente y le recuerdo aquella cláusula que pactó con Dios cada vez que este se muestra preocupado por la intención en la mirada de las personas que interactúan con él en lo cotidiano. Esta estrategia práctica, que será abordada con mayor detenimiento en la discusión del caso, resultó de gran importancia ya que apuntaló el sostenimiento de la garantía que la fórmula de apaciguamiento del goce disruptivo representaba para Ricardo en ese momento.

A pesar de que perduran fenómenos propios de la estructura, se produce su externación, teniendo en cuenta el sostenimiento de la elaboración delirante que a modo de metáfora le sirve para no sentirse a merced de un Otro invasor, posibilitando asimismo su interacción con otros. Luego de su egreso se establece la continuidad de su tratamiento en otro dispositivo del hospital, donde se toma conocimiento de que ha empezado a desempeñarse en un programa radial como

ayudante y en un comercio familiar como repositor, por momentos incluso atendiendo a clientes. No ha presentado nuevas crisis ni ha evidenciado más internaciones en el hospital.

Discusión clínica del caso:

Es posible ubicar en el caso Ricardo el papel preponderante de la productividad delirante en él, sin embargo es factible hacer una distinción lógica entre el delirio que se ubica luego de su desencadenamiento, cuando evidencia ser víctima de un embrujo y haber sido invadido por un hombre malvado, de la metáfora delirante que tiene lugar luego, en términos de ser quien cumple una misión para Dios. Ambos dan cuenta de una escena posible, aunque pesadillezca, la del delirio introduce mediante una convicción inmediata la posición del embrujado, momento en el que Ricardo ubica un sufrimiento inusitado para él, donde el goce retorna sobre el cuerpo, un hombre se le mete por los ojos y lo habita haciendo todo tipo de maldades a las que se encuentra a merced. La de la metáfora delirante en cambio plantea un arreglo posible al desarreglo anterior.

A cambio de sacar el embrujo y al hombre de su interior Ricardo debe cumplir una misión a la que se entrega por completo, no tener hijos ni sexo, arreglo que le posibilita no quedar expuesto al encuentro sexual desenfrenado. Sin embargo es en la cláusula anexa al pacto, la de que queda permitido tener sexo de mentira, donde logra descompletar la figura de Dios y no quedar a merced del goce de este.

La orientación de ser guardián de esa cláusula podría pensarse como una posición cercana a la del analista *sinthome*, es decir aquella tendiente al sostenimiento en el anudamiento de los registros y el resguardo de su solución *sinthomatica*.

En este caso, es posible identificar una psicosis de tipo parafrénica. En este punto, es importante destacar que, por un lado, Lacan mencionó la parafrénia al referirse al caso de la señorita B (uno de los pacientes que presentó en el Hospital de Sainte-Anne), haciendo hincapié en la idea de un cuerpo sin anclaje, es decir, un cuerpo no vinculado a nada. Por otro lado, la psiquiatría clásica, representada por Kraepelin, ha enfocado su atención en el desarrollo lento y sistemático de una producción delirante que oscila entre la persecución y la grandeza, y que gradualmente aplaca las alucinaciones iniciales, un aspecto que coincide con la evolución temporal del caso de Ricardo.

La metáfora delirante será para Roberto un arreglo que junto a su cláusula anexa y al tratamiento con el analista *sinthome* que hace de guardián de la misma, le posibilitan una estabilización de su psicosis y una vida fuera de la institución hospitalaria sin mayores inconvenientes no siendo necesarias al momento nuevas internaciones.

Es decir que el discernimiento de la presencia de la metáfora delirante como modalidad de estabilización en las psicosis fue un criterio de importancia a la hora calibrar la conveniencia de la externación hospitalaria de Roberto, debido a que esta se traducía en el apaciguamiento del goce disruptivo que había evidenciado al momento de su internación.

Caso Samuel – Lo insistente de la voz.

Samuel señala que después de ser padre comenzó a escuchar voces. Durante la internación hospitalaria manifiesta que las alucinaciones auditivas suelen ser injuriantes, denigrantes y que lo hacen sentir mal. Intenta por sus propios medios silenciarlas, sube el volumen de la radio, se tapa los oídos, pero no lo consigue. Estas aumentan su intensidad y lo aturden.

Refiere que un psiquiatra le dijo que las voces que escucha son producto de su pensamiento pero él no cree en ello. Comenta que el ventilador y la radio le hablan, también siente que las voces provienen de sus compañeros o de integrantes de su familia.

- Sos un vago, un gordo haragán, seguro no te gustan las mujeres- escucha Samuel.

Si bien su madre administraba los psicofármacos, lo asistía en la preparación de la comida y la limpieza antes de su internación también lo presionaba para que limpie, salga a caminar y baje de peso. Él manifestaba no encontrar la voluntad suficiente para llevar adelante esas tareas. La exigencia de ella lo ponía nervioso y las voces se intensificaban.

-Aunque no la vea y me encierre en el hospital, aún escucho su voz que me dice que no sirvo para nada, que soy inoperante- señala.

Manifiesta que una herramienta le ayudó a paliar las voces en el pasado: el uso de drogas. Sin embargo lo empujaron a lo peor, un consumo desenfrenado de cocaína. Para conseguir dicha sustancia comenzó a robar y terminó consumando un crimen.

Además, refiere haber accedido a prostitutas cuando las voces lo mortificaban respecto a su sexualidad, sintiéndose aliviado. Sin embargo, cuando comenzó a tomar psicofármacos presentó dificultades en la erección.

Cada vez que su familia concurría al hospital insistía en obtener su externación. Siendo próximo uno de los permisos de salida, Samuel comenta que las voces ordenaban apuñalar a su madre, quien se lo llevaría próximamente. Dado el riesgo que esto representaba, decidí cancelar su salida y continuar trabajando con la familia en la importancia de aguardar con prudencia el momento oportuno. Finalmente, se esperó el apaciguamiento de las voces para dar curso a su externación.

Discusión clínica del caso:

En el caso de Samuel es posible advertir aspectos ligados a su descompensación frente a la paternidad. También es factible ubicar las coordenadas del pasaje al acto cuando las voces ordenaban apuñalar a su madre. Debido a que contaba con un antecedente de pasaje al acto criminal existía el riesgo de que se repitiera.

Samuel no encontró una solución sostenida a sus alucinaciones auditivas. Teniendo en cuenta el padecimiento que evidenciaba al sentirse presionado, se plantea la posibilidad de que ataque al *kakon* en el Otro, es decir, su propio objeto malo pero afuera.

La decisión de cancelar su salida del hospital significó una pausa frente a la urgencia subjetiva que experimentaba. La identificación de coordenadas que señalaban un riesgo de pasaje al acto permitió tomar esta decisión.

Su externación se produjo una vez apaciguadas las alucinaciones auditivas. Si bien actualmente continúa escuchando voces de manera aislada, las mismas no lo comandan ni recibe injurias. La continuidad de su tratamiento tuvo lugar en los dispositivos ambulatorios del hospital.

Conclusiones

Es posible ubicar diferentes consideraciones que a modo de conclusión se desprenden del recorrido realizado en la presente investigación:

- Los aspectos característicos del tratamiento institucional de la locura desde la Edad Media fueron la segregación y el castigo. Más tarde, se desarrolló el enfoque moral para abordar la alienación mental. La bibliografía que aborda las externaciones en este período histórico es limitada en comparación con la dedicada a las internaciones.

- Freud desaconsejó el tratamiento psicoanalítico de las psicosis y las consideró incurables por la técnica psicoanalítica. Lacan se diferenció de esta posición al considerar la posibilidad de tratamiento psicoanalítico de las psicosis.

- Las políticas, las estrategias y los dispositivos de externación de pacientes psicóticos considerados crónicos que existen en la actualidad son de perspectiva comunitaria y generalmente carecen de criterios clínicos. Se enfocan en la rehabilitación de funciones y la reinserción social de los externados.

- La idea de cronicidad no se interpreta de manera uniforme. Desde la perspectiva de las organizaciones internacionales dedicadas a los derechos de la salud, se entiende como equivalente a la prolongada duración de las enfermedades. En cambio, los movimientos de desinstitucionalización la ven como el resultado del extenso tiempo que un paciente pasa en una institución total.

- El concepto de *parlêtre* permite discernir la singularidad y así aportar criterios clínicos, útiles para determinar cuándo una internación es suficiente. Estos criterios están basados en la posición del sujeto, en los modos de tratamiento del goce disruptivo y en el

consentimiento a la responsabilidad frente a su psicosis. Si la externación de los sujetos llamados crónicos se da por medidas generalizables se los categoriza y se elide la singularidad.

- Desde esta perspectiva, la internación puede ser pensada no como castigo, sino como un tratamiento que tenga lugar desde el ingreso del paciente al hospital.

- Henri Ey y los representantes de la antipsiquiatría consideraban que el loco debía ser liberado. Lacan en cambio sostenía que el psicótico es el hombre libre y su libertad puede ser ruinoso.

- Los posfreudianos realizaron desarrollos teóricos abstractos acerca de las psicosis. Lacan en contrapunto plantea un recorrido que va de la práctica a la teoría, que contempla la singularidad de cada caso y lo que la casuística enseña.

- En el hospital y desde el inicio de la internación, el practicante puede dar lugar a un trabajo que permita a los sujetos psicóticos encontrar soluciones excepcionales y arreglos singulares que hagan sus vidas más soportables. De ese modo, los sujetos psicóticos internados pueden encontrar una salida a su medida.

Las conclusiones de esta investigación permiten considerar logrados los objetivos principales y corroborada la hipótesis central de la tesis.

Bibliografía

- Alberdi, J. y otros (2005). La problemática de la Institucionalización Crónica y el Fenómeno de ‘Revolving Door’ en Pacientes Usuarios del Centro Regional de salud mental Dr. Agudo Ávila (CRSM). En Revista Cátedra Paralela.
- American Psychiatric Association (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a. versión (DSM-IV). Masson, Barcelona.
- Ansermet, F. [et. al.] (1989 [1990]) *La psicosis en el texto de Lacan* en La psicosis en el texto. Manantial. Buenos Aires.
- Ballet, G (1991) L’Encéfale. N°8.
- Bayle, A. (1822). Investigaciones sobre aracnoiditis crónicas. En Alucinar y delirar II. Buenos Aires: Polemos.
- Bercherie, P (1980 [1986]) Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires. Manantial.
- Biagi-Chai, F (2021) Atravesar paredes. La locura, de la psiquiatría al psicoanálisis. Ed. Tres Haches. Buenos Aires.
- Bigatti [et. al.] (2019) Externación Sustentable en Salud Mental: un eslogan de época en Salud y Trabajo Social: procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud. Redondi, V. Paradela, L. (comp). La Plata. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

- Bleuler, E. (1926 [1996]). La esquizofrenia. Traducido al castellano por Ramón Esteban Arnáiz. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), vol. 16, nro. 60, pp. 663-676. Recuperado de: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15511/15371>.
- Breilh J. (2009) Pregunta urgente para las Ciencias de la Salud: ¿hay aún espacio para la vida? [Ponencia]. Encuentro Internacional por el Derecho de los Pueblos a la Salud y la Vida; 14 -18 de septiembre de 2009; Cuenca, Ecuador.
- Bürgy, M (2008) El concepto de psicosis: aspectos históricos y fenomenológicos, Schizophrenia Bulletin, volumen 34, número 6, noviembre de 2008, páginas 1200–1210.
- Caldas de Almeida J, M y Torres González F, [et.al.] (2005) Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. OPS. Publicación Científica y Técnica N°601. Washington D.C.
- Centro de Estudios Legales y Sociales CELS (2015) Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la internación del manicomio. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/Cruzar-el-muro.pdf>
- Centro de Estudios Legales y Sociales CELS (2020) *A 10 años de la Ley Nacional de Salud mental: Propuestas para saldar Una Deuda histórica*, CELS. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/a-10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-propuestas-para-saldar-una-deuda-historica/#:~:text=03%20Nov%202020-,A%2010%20a%C3%B1os%20de%20la%20Ley%20Nacional%20de%20Salud%20Mental,adecuaci%C3%B3n%20a%20la%20Ley%2026.657>.
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos CDC (2022). Acerca de las enfermedades crónicas. Citado: 25 de Marzo de 2023, Disponible en:

<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm#:~:text=Chronic%20diseases%20are%20defined%20broadly,disability%20in%20the%20United%20States>

Cohen, H., Natella, G (2013). La Desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar editorial.

Coupechoux, P. (2012) La psiquiatría en Francia: Negación de la locura y domesticación del sujeto, Topía. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/psiquiatr%C3%AD-francia-negaci%C3%B3n-locura-y-domesticaci%C3%B3n-del-sujeto> (Acceso: 30 de Julio de 2023).

Delgado, O (1999) Hospital de día y Clínica de los Bordes en Los Bordes en la Clínica. Buenos Aires. JVE ediciones.

Dewambrechies-La Sagna C (2010) *Clérembault, una anatomía de las pasiones*. Publicado en La Cause Freudienne, n° 74, Navarin Editeur, París, 2010. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/214/clinica-de-la-psicosis/clerambault-una-anatomia-de-las-pasiones>.

Ey, H. (1948-1954 [2008]) Estudios Psiquiátricos. Volumen I, Ed. Polemos. Buenos Aires.

Ey, H. (1978) Tratado de Psiquiatría, Masson, Barcelona.

Freud, S. (1886-1899 [1888]) Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Histeria, en Obras Completas, T. I, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1907 [1906]) El delirio y los sueños en la <<Gradiva>> de W.Jensen y otras obras, La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna (1908), en Obras Completas, T. IX, Amorrortu Editores.

Freud, S (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I. en Obras Completas, T. XII. Buenos Aires. Amorrortu editores.

- Freud, S. (1917 [1916-1917]) Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) Doctrina general de las neurosis, 26º Conferencia La teoría de la libido y el narcisismo, en Obras Completas, T. XVI, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto. B. La responsabilidad moral por el contenido de los sueños. T. XIX. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- Freud, S. (1933) Conferencia 34, Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones, en Obras Completas, T. XXII, Amorrortu Editores
- Freud, S. (1937) Construcciones en el análisis, en Obras Completas, T. XXIII, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1938 [1940]) Esquema del psicoanálisis, en Obras Completas, T. XXIII, Amorrortu Editores.
- Foucault, M (1967) Historia de la locura en la época clásica I. México. Fondo de Cultura Económica.
- Gabay, P., Fernández Bruno, M. (1993) “Casas de medio camino,” *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, IV(14), pp. 271–275.
- García, G. (1989) La ingenuidad de la perversión personal.
<http://www.descartes.org.ar/germangarcia/assets/files/la-ingenuidad.pdf>
- Gracián, B. (1647) El arte de la prudencia.
<https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/Gracian,%20Baltasar%20-%20Oraculo%20manual%20y%20arte.pdf>
- Huertas García-Alejo, R. (1985). Valentin Magnan y la teoría de la degeneración. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría., V. N°14.

- Jiménez Mejías [et. al.] (s.f) Máster en Cronicidad y Atención al Paciente Pluripatológico. En: Gestión de la cronicidad y el paciente pluripatológico [Internet]. Editorial Panamericana; [citado 1 de Abril de 2023]. p. 1–15. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/M1T1-Texto.pdf
- Kraepelin, E (1913 [2012]) La locura maniaco-depresiva, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon.
- Lacan, J (1946 [1966]) Acerca de la causalidad psíquica. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1955-1956) El Seminario. Libro 3. Las Psicosis. Buenos Aires. Paidós. 2011
- Lacan, J. (1957-1958) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos 2. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. 2014
- Lacan, J. (1958 [2014]) La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos 2. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J., (1965 [2012]) "Homenaje a Marguerite Duras, por el arrobamiento de Lol V. Stein", Otros escritos, Paidós, Bs. As.
- Lacan, J. (1966a) Del sujeto por fin cuestionado. Escritos 1. Segunda parte. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1966b). La ciencia y la verdad. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J (1966c [1986]) Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y textos 1. Manantial. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1967) "Breve discurso a los psiquiatras". 10 de noviembre de 1967. Inédito

- Lacan, J (1971 [2022]) Hablo a las paredes. En Mi enseñanza y otras lecciones. Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1975-1976) El Seminario. Libro 23. El Sinthome. Buenos Aires. Paidós. 2015
- Lacan, J. (1976 [1986]) El analicón N°1. “Presentación de un caso: Una psicosis lacaniana”. Barcelona, Correo/Paradiso.
- Lacan, J. (1977) Apertura de la sesión clínica. Ornicar? 9 de abril de 1977.
https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/ouverture_de_la_section_clinique.pdf
- Lacan J. (1978 [2011]) “¡Lacan por Vincennes!”, Lacaniana N°11. Buenos Aires.
- Lanteri-Laura, G (2000) Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid.
- Laurent, É (2014) Psicoanálisis y Salud Mental. Tres Haches. Buenos Aires.
- Laurent, É (2017) El sentimiento delirante de la vida. Colección Diva . Buenos Aires.
- Ley de Desinstitucionalización de la Provincia de San Luis, N° I-0536-2006 (2006) provincia de San Luis. Artículo 7. Promulgada: 29 de Noviembre de 2006.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) Promulgada: 2 de Diciembre de 2010.
- Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27130 (2015) Promulgada: 6 de Abril de 2015.
- Macalpine, I., Hunter, R. (1954) “El caso Schreber. Una contribución a la esquizofrenia, hipocondría y a la formación de síntomas psicósomáticos”, *Rev. Uruguay de Psicoanálisis*.
- Maleval, J. C. (1998) Lógica del delirio. Ediciones del Serbal. Barcelona.
- Millas, D (2015) El psicoanálisis pensado desde la psicosis. Grama. Buenos Aires.
- Miller, J. A (1990 [2022]) Arenga. Cómo terminan los análisis. Paradojas del pase. Grama ediciones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Miller, J.A. [et al.] (1998) "Los Inclasificables de la clínica" Edit. Paidós, Bs.As.
- Miller, J. A (2015 [2020]) Todo el mundo es loco. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Paidós.
- Miller, J. A. [et al.] (2019) La psicosis ordinaria. Paidós. Buenos Aires.
- Nathan, M.L. (2019) 1976/ 1988, Argentina; 1988/2018, Francia. Dos países, dos experiencias, una práctica., Revista Sinopsis N°62. Disponible en: <https://revistasinopsis.com.ar/clinica62b.php> (Acceso: 30 de Julio 2023).
- OMS (1969). Cuadernos de Salud Pública N° 35. Prevención del Suicidio. Ginebra. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37857/WHO_PHP_35_spa560FE174F?sequence=1.
- OPS (2014). Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global. Washington DC, EEUU.
- Palomera, V. (2018) *Transferencia y posición del analista en las psicosis, El Psicoanálisis*. Disponible en: <https://elpsicoanalisis.elp.org.es/numero-32/transferencia-y-posicion-del-%E2%80%A8analista-en-las-psicosis/> (Recuperado: 1 de Mayo de 2023).
- Pinel, P (1804) Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía. Real Imprenta. Madrid.
- Pfandl, L (1932 [1999]) Juana la loca: madre del emperador Carlos V: su vida, su tiempo, su culpa. Editorial Palabra. Madrid.
- Régis E. (1910) La dromomanie de Jean-Jacques Rousseau. París: Société Franlaise d'imprimerie et de librarie.
- Ribeiro, P.T. (1991). A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil. Rio de Janeiro, p.190 (Disertación de Maestría- Escola Nacional de Saúde Pública)

- Se presentaron los resultados del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental (2019) Argentina.gob.ar. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presentaron-los-resultados-del-primer-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos> (Marzo 31, 2023).
- Séglas, J (1894 [2006]). De la Melancolía sin delirio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 26(2), 143-151. Recuperado en 20 de agosto de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000200013&lng=es&tlng=es.
- Sotelo, I (2015) DATUS. Dispositivo Analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas. Grama ediciones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Suaya, D (2010) Historia vital del trabajo: herramienta de atención en Salud Colectiva. Buenos Aires. Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.
- Stagnaro, J.C. (1993) “Cronicidad y cronificación. Efecto sujeto y efecto social.” *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, IV(14), pp. 265–266.
- Vaschetto, E. (2014) Viajeros, locos, errantes. VERTEX, Rev. Arg. de Psiquiat. 2014, Vol. XXV, N° 114, Marzo/Abril 2014.