

Retazos de un cautiverio-criminal. Sobre un caso de parafrenia.

Di Campli, Ornella.

Cita:

Di Campli, Ornella (2025). *Retazos de un cautiverio-criminal. Sobre un caso de parafrenia. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/314>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/fu4>

RETAZOS DE UN CAUTIVERIO-CRIMINAL. SOBRE UN CASO DE PARAFRENIA

Di Campli, Ornella

UBA. Hospital de Clínicas "J. de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente escrito, producto del pasaje durante algunos meses por un hospital neuropsiquiátrico de CABA intentará arribar a partir de la viñeta de una ¿paciente? psicótica, a algunas lecturas posibles acerca de las particularidades del tipo clínico, las intervenciones, la dirección de la cura y la incipiente trama transferencial; para ello se ha realizado un pequeño retorno a la psiquiatría clásica, abrevando en su carácter observacional, para luego, en un segundo tiempo, y con las especificidades pertinentes realizar otra lectura desde el psicoanálisis lacaniano. A su vez se han intentado transmitir algunas inquietudes en torno a las intervenciones de quien escucha, la posición, y la trama con M, como así también en torno al difuso escenario clínico en el que se ha dado este caso, que continúa generando interrogantes.

Palabras clave

Psicosis - Transferencia - Diagnostico - Intervenciones

ABSTRACT

REMAINS OF A CRIMINAL-CAPTIVITY.
ON A CASE OF PARAPHRENIA

This writing, the product of spending a few months in a neuropsychiatric hospital in CABA, will try to arrive from the vignette of a patient? psychotic, to some possible readings about the particularities of the clinical type, the interventions, the direction of the cure and the incipient transference plot; For this purpose, a small return to classical psychiatry has been made, drawing on its observational nature, and then, in a second time, and with the pertinent specificities, another reading from Lacanian psychoanalysis has been carried out. At the same time, attempts have been made to convey some concerns regarding the interventions of the listener, the position, and the plot with M, as well as regarding the diffuse clinical scenario in which this case has occurred, which continues to generate questions.

Keywords

Psychosis - Transfer - Diagnosis - Interventions

RETAZOS DE UN CAUTIVERIO-CRIMINAL. PRIMER TIEMPO

M. Es una paciente de 54 años de edad con reiteradas internaciones previas (todas relacionadas con descompensaciones psicóticas) que al momento de la última internación había sido ingresada por un episodio de agresión contra una pasajera mientras iban en un colectivo. M tras decirle "qué linda que sos" la golpea en la cara y en lo sucesivo es llevada por la policía al hospital. M. se acercará primero a los grupos numerosos de profesionales que realizan la recorrida (revista de sala de guardia) comentando que "está privada de su libertad, que habiendo sido ella la agredida, y a quien le robaron sus pertenencias, es quien injustamente se encuentra presa y que todo el hospital colabora con este cautiverio-criminal y crimen de lesa humanidad". Cuando alguien del equipo le dirigía una pregunta acerca de lo que motivaba la internación ella decía: "No quiero que me hagan preguntas, ni que sean tantos, hablan todos encima, yo estoy acá injustamente". Una mañana se acerca nuevamente a un grupo de cuatro profesionales entre los cuales me encontraba yo y comenta: "no atiendan más de a tantos, ¿no ven como dejan a las pacientes?" señalando a una paciente que se tambaleaba producto de los efectos de la medicación, al respecto intervengo diciendo que tiene razón y que vamos a tomar lo que sugiere. Desde ese momento comenzará a acercarse a mí y a pedir hablar conmigo solamente. Me dirá "vos vas a ser mi terapeuta"; se acercaba pidiendo ser escuchada en momentos en que estaba con otra entrevista, pedía seguir después, preguntaba cuántos minutos me faltaban para "su turno", o pedía ser atendida antes "porque lo suyo era más importante y acá están todas locas", comienza a configurarse una clara dificultad para decirle que no o enmarcar esa conversación. En las conversaciones largas en donde yo me encontraba temiendo preguntar, comenzó a contarme que ella es masona, de una larga tradición de masones en su familia; me interrogaba: "¿sabes que son los masones?" yo le respondía que no, apuntando a no comprender. Ella comentará que los masones son profesores de profesores, y dirá que ella fue profesora de Alfonsín, a los 13 años, dando conferencias en el Aula Magna de Facultad de Medicina. Comentaba que sus abuelos estaban vivos, que tenían una cifra de años "brutal", "que si me la decía iba a pensar que estaba loca", que todos en su familia eran masones, que hoy en día la gente no logra ser masona como ella. Y que cualquiera que lo intente es un farsante.

Decía que el título secundario obtenido del Pellegrini era equivalente a títulos de grado y que le ha pasado que en varios lugares no han reconocido su trayectoria académica, que le han quitado sus patentes respecto de producciones artísticas, que ha ido a reclamar y le piden certificados de autoría que “mudanza tras mudanza ha tenido que abandonar por tener poco espacio”. En una entrevista, me dice: “vos vas a ser mi vocera, necesito que me saques de acá y que le puedas decir a los médicos que yo no estoy loca”, me preguntaba cuál era mi función ahí, le digo que yo soy rotante, que vengo de afuera, que es una institución antigua donde las estructuras están muy marcadas y no tomamos decisiones los que venimos de afuera, que esa es la función de los jefes de servicio y directores, pedía nombres y me decía: “entonces no sé por qué dicen que son un equipo si las decisiones las toma uno solo”. M. me preguntaba si a mí me parecía correcto que ella sea quien esté “encerrada”, me hacía tomar posición, quedando confrontada entre la serie de quienes “la encierran” o delirar con ella.

Me empezó a ubicar como “la única de acá que entiende lo que le pasa pero no puede hacer nada” y comenzó a abrirse un tiempo de “pedidos”, me decía: “Vos, que sabes por lo que paso: ¿no me ayudas comprando un paquete de cigarrillos?, porque como estoy cautiva no puedo salir a comprar, no trabajo, no tengo mi plata, me da vergüenza pero necesito pedir”. Al principio no podía decirle que no. Un día, luego de comprarle un paquete, me comparte un poema que escribió a modo de agradecimiento. Desde ese momento comenzó a pedirme cigarrillos casi todos los días. Decido controlar, se sumaba a los motivos del control que estaba cada vez más demandante con que se la escuche cuando ella quería, decía: “si no podés ahora me busco a otra terapeuta”, cuando accedía a hablar se me dificultaba para cortar o introducir algunas condiciones, y a veces solo eran pedidos de compras; me dirigía todos los pedidos de cigarrillos, y cuando se quedaba sin lapiceras para escribir me decía: “más que un libro conseguime una lapicera para que podamos seguir hablando”.

CONTROL Y ANÁLISIS. LA ELECCIÓN

Ubico en control cierto miedo de que la transferencia se complique, me sugieren barrarme más, enmarcar más la entrevista, definiendo horarios para escucharla a M. Menciono en control la dificultad que tengo para decir que no y me sugieren llevar a análisis mi posición de “la elegida” por M, ligando esto al “temor de que se vaya con otra persona”. G, con quien controlo, me dice: “hoy sos Gardel mañana no te conoce nadie, así es la psicosis, nada te garantiza que hoy estés arriba para ella y mañana ni te conozca”. Comento también que tengo ciertas dificultades para realizar algunas preguntas acerca de su pasado, me sugieren detenerme en el ahora y ver qué se puede hacer con eso, anticipándome que tal vez no mucho, y no perderme en una línea temporal allí donde en la psicosis no hay pasado ni futuro.

En análisis hay otro giro, se trata de situar si yo elijo que ella sea o no mi paciente, más allá de lo que M elija, aquí es donde en análisis puedo ubicar que las pacientes son pacientes de la sala y que si un día la escucha alguien y otro día la escucha otra persona, entonces no es paciente de nadie. Si aún así quiero trabajar “haciendo que es mi paciente” y atenerme a que hay muchas manos en la masa entonces se tratará de una cosa, y si no, se tratará de hablar lo menos posible con ella, de no propiciar a instalar otra cosa pues no hay lugar para eso.

MODELADOS. SEGUNDO TIEMPO

Decido no seguir como venía antes. Dado que M. estaba más querellante con algunos profesionales de planta quienes empiezan a entorpecer un poco, sugieren “tirar para el mismo lado, ya que había riesgos de quedar impotentes ante ella si la única decisión la tomaba el jefe de sala”, comienza a ser más notorio para mí que M. no es paciente de nadie y las intervenciones son de todos. Limito más las charlas, ya no canto su nombre para escucharla cuando en el pase se distribuyen a los pacientes, si ella se acerca la escucho, a los minutos la escucha otro. Comienzo a decirle más que no, a veces le compro cigarrillos, a veces no, invento distintos motivos, hasta que yo soy fumadora y no me alcanza para los míos, sus pedidos ceden. Me apoyo más en una compañera, la pensamos juntas, la escuchamos más las dos, primero con algunas resistencias de M, luego estando más receptiva. La transferencia comienza a distribuirse, se me hace más ameno. Salimos al parque a veces con M, otras veces las tres, con una compañera, M. comienza a estar un poco más compensada entonces puede pasear por el parque, vamos a la cantina, hablamos de literatura, me permito hacerle algunas preguntas, algunas contesta, otras se le tornan enigmáticas, no sabiendo si hago bien lo subsano con una compra de cigarrillos a veces, otras pidiendo disculpas y diciendo que “soy nueva en esto”. Llega la hora de pasar de servicio, no quiere pasar, con mi compañera la convencemos de tomar una coca-cola con un omelette en la cantina (lo que siempre pedía) y contarle lo que nos contaron del servicio al que le proponen pasar, minutos antes de pasar nos cuenta su historial de internaciones, acerca de sus padres, su hermana, su ex marido, su hijo, cosas que se le habían preguntado en su momento pero que no quería responder, consiente a hablar, lo cuenta sola, comenta que “su familia ya la había internado cuando tenía a su hijo”, amenazándola de “volver a internarla sistemáticamente si no trabajaba para ellos”. También nos cuenta que con su hermana no tiene relación porque “seducía a sus novios”. Luego de estos relatos, nos pide el último paquete de cigarrillos y finalmente pasa luego de que le decimos junto a la psicóloga de planta que va a tener más permisos de salida, podrá ir y venir. Se despide con un abrazo y diciéndonos: “nunca me voy a olvidar de ustedes, las voy a venir a saludar”. Un tiempo después nos vemos en el parque, me comenta que está a gusto con la nueva sala, que está cerca

del alta definitiva, ya consiguió lugar para vivir y está retomando vínculo con hombre que “se muere por vivir con ella”, me dice: “yo le hablo de vos y de las adversidades que hemos tenido”

PSIQUIATRÍA CLÁSICA: PARAFRENIA Y PSICOSIS FANTÁSTICAS. DIAGNÓSTICOS Y LECTURAS POSIBLES

Siguientemente se hará un comentario muy breve sobre algunas cuestiones en torno a nociones de la psiquiatría clásica abrevando a su carácter observacional en desmedro de la psiquiatría actual. Cabe destacar que hasta la actualidad en el servicio de guardia (como a gran escala en el hospital también) la psiquiatría clásica continúa resonando y es desde donde los servicios diagnostican y piensan el trabajo a realizar con las pacientes, más allá de que en las historias clínicas se utilicen las codificaciones modernas (CIE/DSM) a los efectos de cumplir con formalismos. Se infiere que un diagnóstico posible desde la psiquiatría clásica para M. sería la Parafrenia, diagnóstico al que tanto la escuela francesa como la escuela alemana (con sus diferencias, rupturas y especificidades que exceden los alcances del escrito), han descrito como una forma intermedia entre la Paranoia y la Esquizofrenia. Originariamente fue evocada por Kahlbaum y posteriormente descrita por Kraepelin. Se trata de un delirio crónico con presencia o no de alucinaciones, de aparición normalmente tardía, aunque lo central no es la edad de aparición sino la presentación fenomenológica, A.A.V.V., 2006; su curso, a diferencia de la esquizofrenia no culmina con la desgregación de la personalidad. En uno de sus tratados, Kraepelin, distinguió cuatro tipos de presentaciones parafrénicas, la sistemática, la expansiva, la confabulatoria y la fantástica. En pos de no extenderme mucho en este apartado me limitaré a la parafrenia sistemática, que es el diagnóstico desde la psiquiatría clásica alemana con el que más acuerdo para M. Dicha forma de parafrenia consta de inicio aproximado entre los 30 y 40 años, de desarrollo lento e insidioso con progresión hacia un delirio de persecución con tendencia a la cronificación, sin remisión, con ideas de grandeza y sin signos de desintegración psíquica. Se puede observar en el caso de M la presencia de ideas delirantes coherentes (su recorrido académico por ejemplo), de grandeza (ser masona, adjudicarse la autoría de obras) y de persecución (estar en un cautiverio-criminal) con presencia polimorfa y con escasa sistematización, asociada a la conservación de la personalidad y cierta esfera de lo laboral y lo social, A.A.V.V., 2017. En la historia clínica se mencionaba que M. pudo sostener un recorrido laboral diverso hasta que se topó con ciertas personas alrededor de las cuales se elaboró un pseudo delirio erotómano. Ha estado a lo largo de varios años sin internaciones, sosteniendo vínculos y una rutina; luego vivió en la calle un tiempo pero sobre eso le ha comentado al personal de planta “que era porque no conseguía alquiler y porque no entraban en ningún lado los muebles, títulos y escrituras que tenía”. M. comenta que “su familia la mandaba a los internados”,

comenta que su primera internación fue cuando ya era madre, haciendo una aproximación podríamos ubicar una primera internación aproximadamente a los 30 años. Henry Ey, por su parte, siguiendo la tradición francesa de siempre haber reconocido la independencia de estas presentaciones crónicas respecto de la esquizofrenia, hará una clasificación diferencial, de este modo desdoblará las “psicosis delirantes crónicas” en dos grupos: las que presentan una evolución deficitaria (esquizofrenias) y las que cursan sin déficit (paranoias o psicosis delirantes sistemáticas) diferenciándolas de las “psicosis crónicas y fantásticas” (parafrenia), dichas últimas presentaciones se destacarán por el valor imaginativo, el pensamiento paralogico, fábulas delirantes adaptadas al espacio en el que se encuentran, como así también a las situaciones que viven, una yuxtaposición del mundo real y fantástico, temas de grandeza y una integridad yoica importante, también dentro de las características típicas, estará la megalomanía y la primacía de la fabulación en desmedro de las alucinaciones, A.A.V.V., 2006. Siguiendo entonces a la psiquiatría clásica francesa, un diagnóstico posible para M. desde esta óptica sería una psicosis fantástica. M. interpreta de una manera fantástica y delirante que “le roban las pertenencias”, siendo que las dejan depositadas en un sector del Hospital. Que “la secuestra la policía”, siendo que la trae ésta al hospital, también significa de una manera megalómana, fabulatoria y fantástica como se queda en la calle.

HACIA UN DIAGNÓSTICO DESDE EL PSICONÁLISIS

Freud a lo largo de los textos metapsicológicos hace un uso diverso respecto del término “parafrenia”, hasta su abandono en 1915. En “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoide) descrito autobiográficamente”, 1911, utilizará el término para reemplazar a la demencia precoz o esquizofrenia y así diferenciarlo de la paranoia aunque el uso del término no queda del todo claro; (uso del término que cambiará a la altura de “Introducción del narcisismo”, quedando reunidos) estableciendo mecanismos diferentes. Freud dirá entonces que la paranoia se destacará por el abuso del mecanismo de proyección y la parafrenia por el intento de restitución a través del mecanismo alucinatorio y ubicando como común el mecanismo de retirada libidinal del mundo exterior, responsable de la pérdida del sentido de realidad en ambas presentaciones. Freud realiza esta distinción para dar lugar a presentaciones combinadas como las de Schreber “en donde fenómenos paranoide y esquizofrénicos se combinan para dar lugar a una “demencia paranoide””, *ibidem*, p.71. Con estos elementos se podría pensar desde Freud un diagnóstico similar para M, teniendo en cuenta que no se trata de una paranoia pura. Respecto de la regresión, Freud puntúa que en el caso de la paranoia la misma llega hasta el narcisismo a diferencia de la demencia precoz que llega hasta el autoerotismo; estas regresiones nos permiten pensar las erotizaciones en la psicosis, la pregnancia

de la erotomanía como reverso de la paranoia, mucho más restringido en la demencia precoz. En el caso M. pueden observarse algunos fenómenos que dan cuenta de una rudimentaria erotización, que claramente no tiene el estatuto sistematizado de una erotomanía. M. era muy efusiva conmigo, me pedía que le entregue los cigarrillos en el baño, me abrazaba, me saludaba con un beso en la mejilla muy marcado, estos fenómenos me llevan a controlar también bajo el temor de que mi posición pueda llegar a propiciar un viraje más marcado de lo erótico. Haciendo otro salto, en “Introducción del narcisismo”, 1914, Freud, utiliza como término “parafrenia” para englobar tanto a la paranoia como a la demencia precoz, menciona que los parafrénicos muestran dos rasgos de carácter fundamentales: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior; que se diferenciaría de la introversión libidinal transitoria en el caso de los neuróticos, que se sustituye por la fantasía, diferenciándose de la parafrenia que se caracterizaría por un retiro libidinal “real” del mundo exterior, sin la sustitución de la fantasía. Freud se pregunta cuál es el destino de la libido en el caso de las parafrenias, que se retira del mundo exterior y las personas, y responde que inviste al yo, dando lugar al delirio de grandeza, como un intento de restitución; y aquí por último Freud menciona tres posibles presentaciones de la “Parafrenia” 1) las de la normalidad conservada, con manifestaciones residuales o nulas que dan cuenta de un retiro parcial de la libido. 2) las de mayor pregnancia patológica, caracterizadas por la megalomanía y 3) las que dan cuenta de cierta restitución libidinal a los objetos a través de la paranoia, abusando del mecanismo de proyección o el delirio (esquizofrenia). Con la primera enseñanza de Lacan a la altura del Seminario 3, 1955, podemos dar cuenta de la valorización de los desarrollos freudianos. Lacan recupera la división de aguas que realiza Freud en el campo de la psicosis para recordarnos la distinción entre la paranoia y el campo de las esquizofrenias, en donde ubica Freud a la parafrenia. Lacan, ídem, nos dirá que en la psicosis “el inconsciente está en la superficie” y que “el inconsciente es un lenguaje que si bien está articulado, no implica que esté reconocido, es decir el sujeto psicótico ignora la lengua que habla” p. 23. A lo largo de diversos pasajes por el Seminario 3 Lacan ubicará en la naturaleza forclusiva de un significante primordial (el Nombre del Padre) la operación característica y condición de posibilidad para pensar en sentido sincrónico a la estructura psicótica. Lacan dirá que las psicosis demuestran que puede haber parte del proceso de simbolización que no se lleve a cabo: “(...) puede entonces suceder que algo primordial en lo tocante al ser del sujeto no entre en la simbolización, y sea, no reprimido, sino rechazado” ídem, p. 118, más adelante afirmará que aquello que se rechaza en lo simbólico puede manifestarse en lo real, si la psicosis se “vuelve clínica”, es decir, se desencadena en su sentido diacrónico, como es el caso de M. Se puede pensar a la certeza delirante de M. y al valor enigmático de los dichos del Otro que M colapsa con interpretaciones delirantes como un retorno en lo real de lo

forcluido en lo simbólico. Godoy en “La nervadura del significante”, 2013, dirá: “La estructura de la psicosis está determinada por la forclusión del nombre del padre, lo cual se verifica por la irrupción del significante en lo real y sus consecuencias en el plano de la significación y el goce. Este modo de “retorno” es la “nervadura” de la “planta” que constituye la psicosis (...) p. 51. Si bien las coordenadas del desencadenamiento de M. son desconocidas, sí es posible ubicar al decir de Lacan en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis”, 1958, que ante determinada coyuntura dramática emerge Unpadre en lo real llamando al significante del nombre del padre precluido allí donde no estaba, iniciando la “cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario” p. 559. Podemos ver entonces una sustancial diferencia entre el psicoanálisis y la psiquiatría clásica: el desencadenamiento no depende objetivamente de una edad sino de coordenadas dramáticas que no son estandarizables, que pueden darse en un psicótico y no en otro o no darse nunca. Las referencias de Lacan a la altura del Seminario 11, 1964, permiten dar cuenta de las operaciones lógicas de la entrada al lenguaje y la constitución del sujeto. A través de las mismas se puede dar cuenta de que tanto neurosis como psicosis cuentan con la operación de alienación, en cambio la psicosis no implicaría el pasaje lógico por la operación de separación; no habiendo entonces extracción del objeto, quedando éste positivizado, lo cual puede observarse en el retorno en lo real. Roberto Mazzuca, 2022, en el posfacio de “Las dos clínicas de Lacan”, p. 193, dice: “la no extracción del objeto a de la realidad da lugar a su presencia en forma de mirada, fenómeno frecuente en la psicosis, o con mayor frecuencia todavía en la forma de la voz”. La inclusión del objeto a en el cuerpo teórico de Lacan precisaría, siguiendo estos desarrollos de Mazzuca la diferencia entre el sujeto paranoico y el sujeto esquizofrénico siendo ambos sujetos del goce a diferencia del estatuto del sujeto del significante en las Neurosis. Es decir, es necesario el significante del Nombre del Padre para vía metáfora paterna hacer un pasaje por la operación lógica de separación, inscribiendo entonces la pérdida del objeto y la falta en el Otro. Cuando la separación no se da como operación lógica, no se extrae el a, la cadena queda holofraseada, impidiendo la dialectización.

MOMENTO DE CONCLUIR

Habiendo ubicado estas cuestiones cabe preguntarse entonces ¿qué lugar para el analista? allí donde se trata del encuentro entre alguien que porta una escucha analítica pero no se trata de una paciente sino de una presentación de sala “compartida”. Se puede pensar que en algunos momentos la mira estuvo puesta en constituir un lugar lo más cerca posible del secretario del alienado, Lacan, 1955 (a veces individualmente y otras en conjunto con una compañera). Recogiendo los testimonios singulares de su delirio, desde una posición activa en la escucha,

intentando hacer el mayor vacío posible para que allí se inserte el testimonio de M. Continúo preguntándome si esto se logró de a momentos o si podría haber intervenido de otra forma con esta paciente en pos de otros efectos. Recupero el encomillado: “dirección de la cura” que planteo en la introducción para continuar pensando si bajo esas coordenadas de la sala hacer otra cosa era posible, dado que no estaba “a mi cargo” ese tratamiento. Pecando de contrafáctica reflexiono y continúo preguntándome acerca de las posibilidades siendo otros los escenarios, de la construcción bajo transferencia de un anudamiento posible o reforzar el que estaba (previamente conociendo de qué se trata, porque a la fecha me es desconocido y no cuento con elementos suficientes para suponerlo); dado que así como son singulares los modos de desencadenar, también lo son los modos de producción de anudamientos, Guy Briole, 2024. Este escrito ha intentado plasmar el saldo de un breve recorrido hasta ahora por el dispositivo de “internación”, aspirando a realizar lecturas clínico-psicopatológicas, revalorizando a través de la presentación de un caso clínico el carácter observacional de la psiquiatría clásica, para luego ejercer otra lectura desde el psicoanálisis lacaniano. A su vez se han intentado transmitir algunas inquietudes en torno a mis intervenciones, mi posición, y la trama con M, como así también en torno al difuso escenario clínico en el que se ha dado este caso, que continúa generandome interrogantes, espero que algunos de ellos sean fértiles para las discusiones conjuntas.

BIBLIOGRAFÍA

- A.A.V.V. (2006). La parafrenia. Una aproximación teórica a través de un caso clínico. *Informaciones Psiquiátricas*. Tercer trimestre 2006 (185). Disponible en: https://www.informacionespsiquiatricas.com/antiores/info_2006/03_185_02.htm
- A.A.V.V. (2017). Parafrenia: a medio camino entre la desorganización esquizofrénica y la paranoia, a propósito de un caso. *Interpsiquis XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2017-15-ccc1.pdf>
- Briole, G. (2024). *Monólogo compartido con la locura*. Buenos Aires, Grama ediciones, 2024.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente [Schreber]. En *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976, XII.
- Freud, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. En *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976, XIV.
- Godoy, C. (2013). “La nervadura del significante”. En *Elaboraciones Lacanianas sobre la psicosis*, Buenos Aires: Grama, 2013.
- Lacan, J. (1955-56). El seminario. Libro 3: Las psicosis, Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*, México: Siglo veintiuno, 1984.
- Lacan, J. (1964). El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Buenos Aires: Paidós, 1987. Clases XVI, XVII.
- Mazzuca, R. (2022). Posfacio. En *Las dos clínicas de Lacan*. Buenos Aires: la nave de los locos, 2022.
- Pino Serrano, J. (2008). Parafrenias: revisión histórica y exposición de un caso. *Originales y Revisiones*. 87. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=20655>
- Widakowich, C. (2014). Parafrenias: nosografía y presentación clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124). 683-694. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400003>