

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Urgencia subjetiva y tratamiento en la psicosis. Análisis de un caso.

Maugeri, Nicolas.

Cita:

Maugeri, Nicolas (2014). *Urgencia subjetiva y tratamiento en la psicosis. Análisis de un caso. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/676>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/zOb>

URGENCIA SUBJETIVA Y TRATAMIENTO EN LA PSICOSIS. ANÁLISIS DE UN CASO

Maugeri, Nicolas

Universidad Nacional de La Plata. Argentina

RESUMEN

El análisis con sujetos psicóticos ha sido problemático para el psicoanálisis. Las dificultades vinculadas al manejo de la transferencia lo hacían para Freud impracticable con este tipo de pacientes. Sin embargo, Lacan afirma que hay “tratamientos posibles” para la psicosis. Es lo que la clínica permite constatar: hay sujetos que acuden a un analista, lo cual no sucede con todos. De allí que nos parece problemática la posibilidad de un análisis en los pacientes con los que llevamos adelante nuestra práctica pues se trata de sujetos que llegan al servicio de guardia del hospital en un estado de “urgencia subjetiva”, lo que suele requerir respuestas en sí mismas no analíticas: la internación y la medicación. Son por otro lado sujetos que no han acudido a ningún analista; lo encuentran en la institución, como por azar. Esto nos ha llevado a preguntarnos si puede haber bajo estas condiciones un tratamiento posible. Para responder a esto, en este trabajo nos proponemos analizar un caso cuyo breve trayecto parte de la “urgencia subjetiva” para concluir con un modesto arreglo. Consideramos que se trata de unas “primeras entrevistas”, susceptibles de continuar en un análisis por fuera del dispositivo de internación.

Palabras clave

Urgencia Subjetiva, Tratamiento, Transferencia, Institución

ABSTRACT

SUBJECTIVE URGENCY AND TREATMENT OF PSYCHOSIS. STUDY OF A CASE

Analysing psychotic patients has always been problematic for psychoanalysis. In Freud's opinion, difficulties related to handle of transference turned it impossible with this kind of patients. However, Lacan states that there are “possible treatments” for psychosis. In fact, clinical practise allows us to confirm that some of them actually search for an analyst, but not all of them. That is why we find problematic the chances of an analysis been carried out by patients we treat, because they come to the Hospital's Emergency Centre in a state we can call “subjective urgency” which sometimes compels us to respond through notspecifically analytic prescriptions: medication or psychiatric hospitalization. On the other hand, these people have not asked for an analyst, they just find him by chance at the institution. So, our question is ¿can there be a possible treatment under such conditions? In order to find an answer, the purpose of this paper is to introduce a case, which starts from a “subjective urgency” state, and concludes with a modest arrangement. We consider the interviews we carried out can be called “first interviews” capable of being continued, once psychiatric hospitalization comes to its end.

Key words

Subjective Urgency, Treatment, Transference, Institution

Introducción.

El análisis con sujetos psicóticos ha sido problemático para el psicoanálisis. Las dificultades vinculadas al manejo de la transferencia lo hacían para Freud impracticable con este tipo de pacientes. Sin embargo, Lacan (1958) afirma que hay “tratamientos posibles” para la psicosis. En efecto, la experiencia clínica permite constatar que hay sujetos que acuden a un analista, lo cual no sucede con todos (Silvestre, 1985). De allí que nos parece problemática la posibilidad de un análisis en los pacientes con los que llevamos adelante nuestra práctica. En efecto, se trata de sujetos que llegan al servicio de guardia del hospital en un estado de “urgencia subjetiva” que suele requerir respuestas en sí mismas no analíticas: la internación y la medicación. Son por otro lado sujetos que no han acudido a ningún analista; lo encuentran en la institución, como por azar. Esto nos ha llevado a preguntarnos si puede haber bajo estas condiciones un tratamiento posible, y, si así se lo considerase, cuál es la posición del analista que conviene a su tratamiento. Para responder a esto, nos proponemos analizar el trayecto realizado con una paciente en una sala de internación de un hospital monovalente. Recorrido que parte de la “urgencia subjetiva” para concluir con un modesto arreglo. Consideramos que se trata de unas “primeras entrevistas”, susceptibles de continuar en un análisis por fuera del dispositivo de internación. Para precisar los interrogantes que nos ha generado este caso, revisaremos brevemente la noción de “urgencia subjetiva” y los problemas que ha encontrado el psicoanálisis en lo que concierne al tratamiento en la psicosis.

Urgencia subjetiva en la psicosis.

“Urgencia subjetiva” es una expresión utilizada por Lacan (1966). Tiene el privilegio de incluir al sujeto y al psicoanalista, no obstante lo que desde el orden social se pueda considerar como “urgencia”. Noción esbozada por Lacan, y ampliamente trabajada en nuestro contexto, que es susceptible de definirse como “cadena rota” (San Miguel, 2005). Ruptura de la cadena significante que da lugar a un abanico de presentaciones que se pueden ordenar en dos grandes polos: las del orden de la angustia, incluyendo la mostración del objeto en el acting out y la caída del Otro en el pasaje al acto, y las del orden del retorno en lo real de un significante en el desencadenamiento psicótico. En función de las preguntas planteadas arriba es este último caso el que suscita especialmente nuestro interés. ¿Cómo se presenta la urgencia subjetiva en la psicosis? ¿Cómo llega un sujeto psicótico a los dispositivos hospitalarios de atención de la crisis subjetiva? ¿Cuál es la maniobra posible allí? En la psicosis, la urgencia puede presentarse desde la excitación psicomotriz hasta el mutismo y la perplejidad. Por eso es que se señala que tanto la institución como el uso de medicación son muchas veces necesarios, inclusive imprescindibles, para atemperar el goce desregulado que el significante en lo real implica (Sotelo, 2006). Es en un segundo tiempo recién que el analista inserto en estos dispositivos podrá comenzar un trabajo posible con el paciente a partir inicialmente de escuchar el testimonio del sujeto de su

posición respecto del lenguaje (ibid.). Por otro lado, en estos casos es de importancia considerar cuál es la urgencia para ese sujeto, o desde otro punto de vista, de quién es la urgencia (la familia, el juzgado, etc.) (Leserre, 2012).

Tratamiento en las psicosis: el problema de la transferencia.

Los problemas que ha encontrado Freud para el tratamiento de la psicosis lo condujeron finalmente a renunciar a esta aplicación del método analítico. La dificultad para con estos pacientes es que “no tienen, afirma Freud (1917), ninguna capacidad de transferencia, o sólo unos restos insuficientes de ella” (pág. 406). Pero nos preguntamos si se trata de una posición homogénea en Freud o, al contrario, como señalan algunos, presenta cierta ambigüedad (Leibson & Lutzky, 2013; Fernández, 2011). La dificultad que manifiesta Freud en cuanto al análisis de sujetos psicóticos está presente ya desde sus primeras ideas y trabajos acerca de las psiconeurosis de defensa. En uno de sus manuscritos dirigidos a Fliess, si bien pone en la misma línea a la paranoia y a la neurosis obsesiva a partir de un modo patológico de la defensa, no deja de mencionar que el “secreto” de los sujetos paranoicos reside en que “aman al delirio como a sí mismos” (Freud, 1898, pág. 251). En tanto que un trabajo publicado de esa misma época utiliza el mismo método que para la histeria, catártico por ese entonces, para la cura de una mujer paranoica (Freud, 1896). Pero notamos que la búsqueda de las escenas reprimidas que supone tal procedimiento trae un recrudecimiento sintomático tal que hace que, poco tiempo después, la paciente deba ser hospitalizada. Si bien Freud informa sobre la evolución desfavorable de este caso, no la vincula con dificultades del método aún. Bastante tiempo después, en el análisis de las Memorias del Presidente Schreber, advierte al lector que se ha ocupado sólo excepcionalmente de casos de paranoia en profundidad: cuando tiene una incertidumbre diagnóstica o cuando cede al ruego de familiares. Y es que la consideración por el éxito terapéutico impide admitir o retener por mucho tiempo a tales pacientes (Freud, 1911). De allí la necesidad de un tratamiento de ensayo previo al análisis propiamente dicho que tenga como uno de sus fines el diagnóstico diferencial puesto que en la clínica es difícil discernir muchas veces a una neurosis de los estadios previos de lo que llama “parafrenia”. “Si el enfermo, expresa Freud, no padece de histeria ni de neurosis obsesiva, sino de parafrenia, él (el analista), no podrá mantener su promesa de curación” (Freud, 1913, pág. 126). El problema que encuentra Freud en la psicosis en cuanto a la transferencia tiene su explicación en el concepto del narcisismo en tanto retracción de la libido al yo (Freud, 1917). La fijeza de la libido es tal, dada su fijación al narcisismo primario, que se vuelve contraria al tratamiento analítico. Esto alcanza incluso a la nosografía misma, que se dividirá en dos grandes polos, a saber, el de las neurosis narcisistas y el de las neurosis de transferencia.

Sin embargo, también en el historial de Schreber, Freud señala explícitamente la existencia de la transferencia junto con la importancia que para el caso conlleva. Hay allí un “proceso de transferencia” en el cual el Dr. Flesig es un “sustituto” del padre y tiene un papel desencadenante vinculado a la emergencia de una moción homosexual en la segunda enfermedad de Schreber (Freud, 1911). Por otro lado, en Construcciones en análisis, Freud se encarga de presentar algunas premisas que toman como punto de partida ciertas observaciones clínicas y que arrojan nueva luz sobre las formaciones delirantes. En una de ellas, el delirio es vinculado a un fragmento de verdad histórico vivencial. Y esto, tendría consecuencias para el tratamiento:

“Así se resignaría el vano empeño por convencer al enfermo sobre el desvarío de su delirio (...) y en cambio se hallaría en el reconocimiento de ese núcleo de verdad un suelo común sobre el cual pudiera desarrollarse el trabajo terapéutico” (Freud, 2010, pág. 269).

Para Lacan en cambio[i], el psicoanálisis sí puede sostener una oferta con la que un sujeto psicótico pueda beneficiarse. Posición que sostendrá a lo largo de su enseñanza, invitando al psicoanalista a “no retroceder” frente a las psicosis. Esto no tiene que ver con un tratamiento al modo heroico, sino en “resolver los problemas que la psicosis plantea al psicoanálisis, y, finalmente, en sacar las consecuencias del obstáculo que opone a su tratamiento a través de la transferencia” (Soler, 2004, pág. 86). Pero para no “remar en la arena”, hay ciertas premisas que respresar. En su primera clínica, Lacan (1958) advierte que es necesario considerar el manejo de la transferencia en todo tratamiento posible de la psicosis tomando como punto de partida una “condición esencial”: la forclusión del Nombre del Padre en el lugar del Otro. A pesar de que aclara que tal cuestión es por el momento “prematura”, retoma no obstante el señalamiento freudiano de que lo que precipita la psicosis de Schreber es su encuentro con Flesig y sigue sus consecuencias: cierto manejo transferencial puede desencadenar una psicosis (Miller, 1985). Por otro lado, Silvestre (1985) hace depender de la falta de un significante privilegiado del Padre la demanda inicial de análisis de un psicótico: que el analista lleve a su término una significación que no termina de advenir. Lo cual constituye algo con lo que el sujeto psicótico se engaña, en la medida en que “no está en el poder del analista injertarle ese significante -pero, sin embargo, está hecha la abertura de un saber supuesto- lo cual es esencial” (Silvestre, 1985, pág. 32).

Más tarde en su enseñanza, como lo subraya Maleval (2009), advierte la necesidad de “otro centramiento” para el problema del manejo de la transferencia en el tratamiento de pacientes psicóticos. Ya no se trata de la perspectiva del significante, sino que es la vertiente del objeto la que es puesta en primer plano al hablar de la posición del psicótico como la de “cierta erotomanía mortificante”, con la que se ofrece al analista como sujeto de goce (Lacan, 1966). La pregunta por cómo desalojar al sujeto de tal posición es fundamental para la dirección de la cura. Sin embargo Lacan no ha respondido a esta pregunta, sino que su aporte consistió sobre todo en “subrayar con fuerza la originalidad de la transferencia psicótica” (Maleval, 2009, pág. 329). Fueron alumnos suyos los que se valieron de estas premisas para extraer las consecuencias para el tratamiento. Silvestre (1985) sostiene que, junto a la demanda primera del psicótico, que hemos mencionado anteriormente, hay una demanda segunda a partir de la cual la transferencia se orientará, por la cual el psicótico se ofrece al goce del analista para que éste establezca sus reglas. Allí la maniobra de la transferencia consiste en oponerse a esta posición a la que el analista es convocado: “producir mediante la significación de este rechazo un lugar vacío, evacuado de todo goce” (Silvestre, 1985, pág. 37). Pocos años más tarde, Soler (1988) se interroga también por el lugar que puede ocupar el analista en el encuentro con el psicótico. El problema está en que el psicótico llama al analista al lugar del que sabe y del que goza, lugar en el que el analista no debería instalarse si quiere evitar la erotomanía mortificante ¿Qué posición para el analista entonces? Conviene a él la posición del testigo inicialmente, “porque un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar, y presentar por lo tanto un vacío en el que el sujeto colocará su testimonio” (Soler, 1988, pág. 10). Luego, la del orientador del goce a partir del

recurso al significante del ideal en la medida en que es el elemento simbólico que queda, a falta del Nombre-del-Padre, para barrer el goce. Significante tomado del discurso del propio sujeto pues en definitiva “el analista no hace otra cosa que apuntalar la posición del propio sujeto” (Soler, 1988, pág. 11).

Caso Gabriela. Motivo de consulta y presentación del síntoma.

Gabriela, de 33 años, es internada bajo la modalidad involuntaria para su tratamiento en el hospital luego de que se la evaluara por el servicio de guardia del mismo. Las razones de esta decisión residen, según la historia clínica, en un conjunto de síntomas que la han puesto “heteroagresiva”: “alucinaciones auditivas” e “ideación delirante” principalmente. Junto a esto, conductas de “retracción social”. Refiere también este documento que la paciente en la entrevista es “reticente”, pudiéndose obtener la información antes mencionada sólo por el relato de los familiares, hermano y hermana mayores que ella, quienes la trajeron hacia la institución.

A los pocos días de su ingreso, la entrevistamos y escuchamos de la propia paciente las características de su padecimiento, no sin la reticencia mencionada. Nada parece querer decir sobre cómo llegó al hospital, excepto que tuvo una “crisis de nervios”. Si bien no precisa en qué consiste esta “crisis”, desplegará a lo largo de las entrevistas una serie de dificultades con los otros que serán uno de los motivos que terminarán con ella traída a la guardia del hospital. Ha recibido y recibe “agresiones de los otros”, que son palabras que dicen acerca de ella, palabras de contenido injuriante, y que prefiere no decir. En general lo ha escuchado en situaciones laborales, en donde parecía que “no querían que ella ocupe el lugar que estaba ocupando”. Le sucedió esto en su último trabajo, un trabajo de administrativa en la municipalidad, conseguido por su hermano. Pero le ha pasado siempre que trabajó. Antes de venir al hospital le sucedió con el primo y su esposa, con quienes comparte el terreno donde vive, aunque en casas separadas. A raíz de los comentarios mal intencionados de estos a través de la pared, es que decide salir al patio e insultarlos a los gritos. Estas dificultades son las que hagan que sea, desde siempre, “introvertida”, entendiendo por esto cierto recelo para con los otros, con quienes el trato debe mantenerse más bien a una distancia prudente.

Junto a esta “crisis”, junto a estas “agresiones” de los otros tuvo, y tiene, “pensamientos” que no la dejan tranquila: “*las personas hablan raro, expresa, usan palabras que no usarían, no sé si son ellos o las cambian de alguna manera, no sé cómo (...) no sé si soy yo o es mi imaginación*”. No obstante, las palabras son las mismas que usa cualquier persona, palabras del vocabulario común. Pero hay algo cuando la gente las dice que no se puede transmitir. Con lo que se vincula la dificultad en precisar qué quieren decir: “*son cosas que no son nada, no son significativas; no se puede vivir pensando en eso porque no tiene sentido*”. Ha comenzado sin embargo a esbozar respuestas: “*cuando la gente habla, expresa, es como si hubiera un doble mensaje (...) no sé que quieren decir, no te lo puedo explicar con palabras*”; “*hay como un morbo cuando las personas me hablan, como que determinadas personas quisieran escarbar en el día a día, me da asco, no sé ¿Por qué tanto interés en mi intimidad?*”. Finalmente añade: “*Supongamos que estamos en una invasión extraterrestre (...) si fuera real sería extraterrestre*”.

Hipótesis sobre el desencadenamiento.

¿Cuándo comenzó esta idea? La característica imprecisión temporal de Gabriela no le impide situar, si no el inicio de esta experiencia

, al menos el punto en que ésta se extiende de manera tal que moviliza a su entorno a internarla en una clínica privada, hace unos 7 años aproximadamente. En ese entonces vivía en un departamento junto a su hermana, quien estaba separada y tramitando el divorcio. Vivía también junto a su sobrino, hijo de la hermana, que por ese entonces tenía unos 5 años y del cual cuidaba. El hermano ya se había casado, unos dos años antes. El momento en que sitúa el comienzo de esta idea coincide con la ocasión en que su hermana conoce a una nueva pareja con la que decide finalmente convivir. Estando sus padres fallecidos hace unos años, el destino de Gabriela en esta situación es volver a la casa de su abuela, por ese entonces en alquiler. Vive en el mismo terreno que su tía abuela y su primo, aunque en una casa distinta, siguiendo así el precepto del hermano: “*que no esté sola*”. Antes de esta mudanza, comienza a experimentar que, primero la pareja de su hermana, y luego su hermana misma, no eran quienes decían ser. Podrían ser extraterrestres. Su hermano es el último a quien se aplica esta idea, a causa de la cual termina encerrándose en la casa.

Lo que ella pensaba junto a estas últimas ideas nos sirve de brújula para hipotetizar sobre el desencadenamiento: “*imaginaba que quizás si tu familia no es tu familia hacen algo para no estar cerca tuyo*”.

La “conclusión feliz”.

Nos parece peculiar de Gabriela que, en esta situación en donde todo el mundo comienza a cambiar, pueda obtener algo que parece ofrecerle cierto límite: “*yo pensé que si mis hermanos no eran quienes decían ser entonces no me llamarían ni vendrían a verme. Pero ellos llamaron y vinieron a verme*”. Los hermanos en efecto fueron a su casa y la acompañaron a la clínica a internarse. La duda sobre su carácter de extraterrestres o no persistía más o menos solapada. Nosotros puntualizamos esta solución: “*Ud. en ese momento hizo un razonamiento y llegó a una conclusión. Ud. dice: ‘si mis hermanos no eran quienes decían ser entonces no me llamarían ni vendrían a verme. Pero mis hermanos llamaron y vinieron a verme’*”. Por lo tanto, la conclusión parece que es que ellos eran quienes decían ser”. La paciente acepta esto, y creemos que tendrá el efecto de cierto arreglo, lo cual comentaremos más adelante.

Otra de las intervenciones que quisiéramos destacar se apoya en el hecho de que los hermanos son figuras significativas para Gabriela, pero sobre todo el hermano. Se siente “dependiente” de él: “*Termino accediendo a lo que él quiere porque él no va a hacer cosas que no sean por tu bien*”, expresa. Por otro lado, es quien le dice que son cosas de su imaginación las ideas que tiene, y que por eso no la entiende. Y es el último, recordemos, que entra en la idea que la ocupó completamente en la situación crítica de hace unos años: “*en el que seguí confiando hasta el último momento es en mi hermano...*”. Por eso pensamos en quitarle algo de peso al hermano, pero sin descuidar el valor de ordenamiento que tiene para ella. Así, le sugerimos que quizás al hermano se le hacía difícil entenderla con lo que le pasaba porque, como ella misma decía, era algo muy difícil de explicar. Que por eso nosotros mismos también le preguntábamos muchas cosas y las anotábamos pues queríamos tratar de ubicar las palabras precisas que ella profería para captar lo mejor posible su padecimiento.

En una de las últimas entrevistas en la sala de internación nos dice que siempre va a estar con ella esta idea de la extrañeza familiar, pero que se queda con la siguiente “conclusión” que le hemos ofrecido: “*mi hermano quería que yo luchara con lo que me pasaba*”

(...) fue una conclusión feliz (...) un motivo para seguir pensando que puedo llegar a algo, que ellos están conmigo". "Conclusión" por la que su psiquiatra "se equivoca", pues éste le había dicho que no tratarse y tener esa idea la iba a poner hostil frente a su entorno. De otro pequeño arreglo hablaremos líneas más arriba. Pero consideramos desde ahora que este modesto arreglo, que Gabriela mantendrá durante unas entrevistas más hasta que finalmente no la veamos más, ha sido la consecuencia de intervenir con cierta orientación y desde cierto lugar.

En efecto, nos pareció que había que tener cautela. Por un lado para evitar el "*morbo de la intimidad*", y, por otro, para no "*dejarla sola*". Esto nos suscitaba un problema sobre cómo dirigirnos a ella con nuestras preguntas, nuestras intervenciones, etc. Aunque consideramos que con el correr de las entrevistas la paciente misma fue marcando nuestra posición: "*con mis hermanos soy extrovertida, normal, hable de cualquier tema con ellos, con la gente soy más reticente*"; "*con Ud. puedo hablar, antes el psicólogo no me servía (...)* necesito expresar lo que siento en las palabras que el psicólogo las pueda encuadrar (...) que me comprenda, que pueda entenderme correctamente".

El "contacto social".

Las ideas que comentamos arriba acerca del "morbo" de los otros, sus "agresiones", o la intención de que ella no ocupe el lugar que está ocupando, le han circumscristo el lazo social a sus hermanos, y, luego, al psiquiatra y a nosotros. En relación con esto, se define como "introvertida", haciendo referencia a que no tiene amistades. Y de las relaciones amorosas que tuvo prefiere no hablar pues "*son cosas sin importancia*". Con respecto a las relaciones laborales, tuvo dificultades desde antes de esta última internación, comandada también por las ideas ya mencionadas. Aunque esto le pasó siempre desde que comenzó a trabajar, independientemente del tipo de trabajo, no obstante hay algunas variaciones. El trabajo que más le gustó fue en un call center, porque no tenía que hacer "ventas cara a cara con las personas", lo que le ocasionaba mucha presión. También que le parece "interesante" la "vitrofusión", actividad por la que averiguó pero dada su "economía" no ha podido realizar. Finalmente se inscribe en una escuela de cerámica que tiene un título terciario y en un taller en un centro de día que forma parte del hospital. Le llama la atención que en este último lugar no le hayan preguntado por su padecer, y lo relaciona con lo que pasa con las pacientes del hospital. En ambos lados "*pudo formar parte de ellos, como otra familia*", refiere. Sin embargo, marca una diferencia: "*al contacto social*, dice Gabriela, *lo pude tener acá con gente que tiene problemas, pero también lo pude lograr con gente que está bien*". En este último caso, lo que nos ha permitido esperar a que la paciente encuentre su arreglo propio pensamos que ha sido nuestra cautela por no precipitarnos en responder a su pedido de "contacto social", de "tener amigos", o, como muchas veces también lo manifestó, de "querer trabajar". Armonizar con la institución quizás hubiera sido ir en esta dirección. Es verdad que buceamos en lo que podría hacer o no con su vida. Pero recordar su historial con los otros en los diferentes trabajos, así como su carácter de "introvertida", nos imponía un límite, el sus palabras.

Un tratamiento: "Si es posible".

Luego de la externación continuamos algunas entrevistas más con ella, de manera informal. El criterio para tal decisión fue que, según los hermanos, ella quería continuar tratamiento en privado con nosotros. Consultada, nos dice que "sí, si es posible...". No dice

más. Para nosotros es suficiente. La vemos unas entrevistas más, hasta que, luego de las vacaciones cuando deberíamos encontrarnos nuevamente, ya no se presenta. Queda para nosotros como interrogante la salida del tratamiento. ¿Hubo alguna dificultad en la escucha de nuestra parte que hiciera de la transferencia un "resto insuficientes"?

Conclusión.

Afirmamos que ha sido posible un tratamiento en este caso de psicosis, aunque con ciertas características vinculadas tanto al propio caso cuanto al contexto institucional. Las condiciones iniciales de presentación del síntoma tienen aquí las características de la "urgencia subjetiva", que es dirigida inicialmente a la institución, quien responde con medicación e internación. En un segundo tiempo se hace posible otra respuesta. Unas primeras entrevistas a partir de la oferta de la escucha de la singularidad de Gabriela y del correlativo establecimiento del lazo transferencial. Esto permitió los modestos arreglos a nivel del vínculo con el hermano y del lazo social con algunos otros. Una cierta focalización del Otro en definitiva. Permitió finalmente, un pedido de continuidad del tratamiento por fuera de la internación.

NOTA

[i] Y también para los llamados posfreudianos, pero a quienes sólo podemos mencionar dada la extensión de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Fernández, É. (2011). Teórico XI: Transferencia en Psicosis... En É. Fernández, Diagnosticar las Psicosis (págs. 199-210). Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (1917). Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III. Doctrina General de las Neurosis. 27 Conferencia: La Transferencia. En S. Freud, Obras Completas (Vol. XVI, pág. 406). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. En S. Freud, Obras Completas. Volumen 23 (págs. 255-270). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1892-99). Fragmentos de la Correspondencia con Fliess. Manuscrito H. En S. Freud, Obras Completas. Volumen 1 (1886-1899) (págs. 246-252). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En S. Freud, Obras Completas. Volumen 3. Primeras publicaciones psicoanalíticas (págs. 158-184). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En S. Freud, Obras Completas. Volumen 12 (págs. 2-76). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En J. Lacan, Escritos 2 (págs. 509-558). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1966). Del sujeto por fin cuestionado. En J. Lacan, Escritos 1 (págs. 223-230). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1966). Presentación de las "Memorias de un neurópata". En J. Lacan, Otros escritos (págs. 231-236). Buenos Aires: Paidós.
- Leibson, L., & Lutzky, J. (2013). El Psicótico y su Analista. En L. Leibson, & J. Lutzky, Maldecir la Psicosis (págs. 29-40). Buenos Aires: Letra Viva.
- Leserre, L. (2012). Urgencia y Psicosis. En I. Sotelo, Perspectivas de la Clínica de la Urgencia (págs. 175-182). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Maleval, J.-C. (2009). La transferencia del sujeto psicótico. En J.-C. Maleval, La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica (págs. 313- 334). Buenos aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (1985). Suplemento topológico a "De una cuestión preliminar...". En J.-A. Miller, Matemas (págs. 135-154). Buenos Aires : Manantial.
- San Miguel, T. (2005). La guardia, un lugar posible. En I. Sotelo, Tiempos de Urgencia. Estrategias del Sujeto, Estrategias del Analista (págs. 139- 144). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Silvestre, M. (1985). Transferencia e interpretación en la psicosis: una cuestión de técnica. En A. VV, Psicosis y Psicoanálisis (págs. 31-38). Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (1988). ¿Qué lugar para el analista? En C. Soler, Estudios sobre las psicosis (págs. 7-14). Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (2004). La experiencia enigmática del psicótico, de Schreber a Joyce. En C. Soler, El inconciente a cielo abierto de la psicosis (págs. 83-106). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Sotelo, I. (2006). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En G. Belaga, La Urgencia Generalizada (págs. 97-114). Buenos Aires: Grama Ediciones.