

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Del tratamiento posible de una psicosis: de la melancolización a la tristeza.

Charaf, Darío.

Cita:

Charaf, Darío (2012). Del tratamiento posible de una psicosis: de la melancolización a la tristeza. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/209>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/Tsb>

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

DEL TRATAMIENTO POSIBLE DE UNA PSICOSIS: DE LA MELANCOLIZACIÓN A LA TRISTEZA

Charaf, Darío

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

En el presente trabajo nos proponemos dar cuenta del inicio de una cura en un caso de psicosis, destacando a partir de las intervenciones del analista el pasaje de una posición melancolizada hacia una posición donde predomina el afecto de la tristeza. Abordaremos, a su vez, los efectos terapéuticos de dichas intervenciones y del tratamiento. Se tratará, finalmente, de realizar un aporte a la clínica diferencial en las psicosis, entre la melancolización correlativa al desencadenamiento de una psicosis del grupo de las esquizofrenias y la melancolía como tipo clínico.

Palabras Clave

psicosis, tratamiento, diagnóstico, diferencial.

Abstract

ABOUT THE POSSIBLE TREATMENT OF A PSYCHOSIS: FROM MELANCHOLYZATION TO SADNESS

The current work is proposed to account for the beginning of a cure in a psychosis case, highlighting since analyst's interventions a passage from a melancholic position to a position where dominates the sadness affect. We will approach, in turn, the therapeutic effects of those interventions and treatment. Finally, we will try to make a contribution to the differential clinic in the psychosis, between the correlative melancholization at the triggering of schizophrenia and the melancholy as a clinic type.

Key Words

psychosis, treatment, differential, diagnosis.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en el curso de Extensión Universitaria de la UBA Una práctica lacaniana con la psicosis: lo diferencial del psicoanálisis. Síntoma. Diagnóstico. Intervenciones. (H. Iglesias) y en la Cát. II de Psicopatología (Schejtman) de la Facultad de Psicología (UBA). En esta ocasión abordaré el pasaje, a partir de las intervenciones del analista, de una posición melancolizada -correspondiente al desencadenamiento de una psicosis- a una posición donde predomina el afecto de la tristeza; destacaré, a su vez, la posición del analista frente a la urgencia, las intervenciones del analista y sus efectos. Será uno de los objetivos de éste trabajo realizar un aporte a la clínica diferencial en las psicosis, entre el momento depresivo en la esquizofrenia respecto al tipo clínico de la melancolía.

Para ello, trabajaré un caso tomado de los inicios de mi práctica clínica como psicólogo en un Centro Educativo Terapéutico para

niños y jóvenes adultos con distintas patologías (debilidad mental, autismo, psicosis). Cabe aclarar que, como veremos, no se trata de un caso de melancolía, sino de cierta melancolización correlativa al desencadenamiento, de aquel "desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto" que Lacan (1959, p. 540) señala como correlativo al desencadenamiento de las psicosis.

Comenzaré presentando los primeros encuentros con la paciente y las primeras intervenciones, luego desarrollaré la diacronía del caso para, finalmente, proponer un diagnóstico.

Primeras entrevistas

Soy convocado a intervenir con una paciente, a quien llamaremos M., de 25 años, que vivía en el dispositivo de Hogar del Centro desde hacía un año y medio. Antes de mi primera entrevista con ella, se me informa que M. se encuentra desde hace una semana en una "crisis": afirma escuchar voces que la injurian y le dicen que se mate; permanece todo el día en la cama sin querer realizar ninguna actividad; refiere no poder aguantar más y pide que la internen. Luego de un reajuste de la medicación por parte de su psiquiatra el cuadro no presenta modificaciones.

Algunos de los profesionales y enfermeros que trabajan cotidianamente con M. afirman que ella suele internarse una vez por año, siempre en la misma época, y que la situación es insostenible, que se requiere una internación con urgencia. El analista, sin haber tenido contacto aún con la paciente, es demandado para que, con rapidez, avale dicha internación, dada la gravedad del caso.

Semejante recibimiento no podía ser sin consecuencias para el joven analista. A pesar de la angustia que no dejó de provocarle la situación, decide no formarse ninguna opinión ni tomar ninguna decisión de intervención hasta escuchar a la sujeto en cuestión. Se abstiene de responder a la demanda de internación inmediata que afirma parte del personal y enuncia frente a ellos la que sería su primera intervención: "no sé nada del caso".

M. se encuentra en la cama al momento de su primera entrevista conmigo. Afirma no poder levantarse, "me siento muy mal" dice. Al preguntársele el motivo de dicho malestar, M. pregunta "¿no sabés?". Frente al "no" del analista y el posterior silencio, M. afirma "me dicen que me mate, no aguanto más". Le pregunto a la paciente quién le dice que se mate, M. dice "las voces"; le pregunto qué voces, M. dice "escucho voces" y luego agrega que quien le dice que se mate resulta ser la voz de su padre. "No puedo más", dice M., "si no me internan no sé qué me va a pasar". El analista le pregunta a M. si ella ya estuvo internada alguna vez; M. responde "sí, el año pasado, y el anterior... desde los 18 años cada vez que me agarra una crisis me interno".

Esas crisis, más allá de algunas variantes, consisten siempre en escuchar voces injuriosas (le dicen “puta”, “estúpida”, “tonta”) y amenazantes (le dicen que debe matarse) y en no poder levantarse de la cama (M. se queda postrada, sin realizar ningún movimiento, apenas dirige la mirada hacia el analista); refiere “me agarra y me angustio mucho, no puedo controlarlo”. Al preguntársele en qué momentos le agarra, afirma “me viene solo” y luego solloza.

Acerca de las internaciones anteriores dice “me ponía muy mal, me internaban un mes y después volvía a mi casa”. “Ponerse mal” consistía en escuchar voces que la “aturdían”, “no querer hacer nada”, “llorar mucho” y pensar en la muerte como posible solución.

Respecto de quiénes la internaban, afirma que siempre fueron su madre y su hermano, unos años mayor que ella; tras lo cual pasó a vivir en el Hogar del Centro, donde también la habían internado hacía un año (dado que ya a su ingreso el cuadro parecía estar descompensado).

El analista le pregunta, con cierta ingenuidad, cómo la había pasado durante esas internaciones; M. responde “era horrible, son lugares feos” y luego pregunta “¿me van a internar?” tras lo cual estalla en llanto. El analista le responde que “hay que esperar”, que descansara durante el día y que al final de la jornada la iba a volver a ver para continuar conversando; como al pasar, le pregunta “¿qué se puede hacer para que mientras tanto las voces no molesten?” a lo cual M. esboza una mínima sonrisa y pregunta “¿no pensar en eso?”. El analista asiente en silencio.

Al volver a visitarla al final del día, M. se encuentra sentada tomando mate. Acepta, con paso cansino y lento, ir hasta el consultorio. Afirma que se siente mejor, que siguió escuchando voces pero “mientras dibujaba no me molestaron”. Afirma “ah, entonces se puede dibujar”. M. responde que sí, pero que tiene miedo de que llegue la noche, “a la noche es peor, escucho cosas, no me dejan dormir”.

Al pedírsele detalles acerca de las voces, M. dice que “primero fueron monjas que me decían puta y que me mate... después mi papá se murió, es la voz de mi papá”. El analista le pregunta cuándo se murió su papá, M. responde “ahora se cumplen cinco años... estoy muy triste, lo extraño mucho... ¿por qué me habla si está muerto? Me da miedo”. Le pregunto qué se puede hacer para que las voces no molesten cuando se va a dormir; M. pregunta “¿escuchar la radio?”, a lo cual asiente. M. pregunta “¿entonces no me van a internar?” a lo cual el analista vuelve a responder “hay que esperar, mañana volvemos a conversar”. M. parece mostrarse más calmada.

Tras averiguar la proximidad del aniversario de la muerte del padre (que, por lo demás, coincide con la época en que M. “se interna una vez por año”) se decide que M. no sería internada. Se le comunica al resto del equipo que M. está triste y que, a pesar de no dejar de tomar los recaudos necesarios y de la angustia que provocaba verla mal, por el momento no resultaba necesario internarla.

Esto mismo le comunico a M. el día siguiente: “Parece que estás triste, por el momento no hace falta internarse en esos lugares feos, ¿no?”; M. responde “por el momento no, después vamos viendo, día a día”; y pregunta “¿es normal estar triste?”.

Transcurridas dos semanas M. ya no habla acerca de la internación y retoma sus actividades habituales; dice seguir escuchando voces

“pero sólo un rato a la noche, escucho música y se van”.

De las primeras intervenciones

Se destaca entonces, en las primeras intervenciones del analista, la apertura de un compás de espera; o, en otros términos, luego del instante de ver, la apertura del tiempo de comprender. Frente a lo que parece presentarse como una urgencia, marcada por la irrupción de las voces amenazantes y la postración de M., el analista responde estableciendo un corte, una distancia temporal mínima que permita alojar el decir del sujeto, y un corte respecto del modo de intervención anterior: internarla una vez por año. Modo que en su repetición insistía, en este caso particular, como un no-alojamiento en el Otro.

A partir de allí M. podrá manifestar la tristeza por la muerte de su padre, como motivo aparente de la crisis actual. El analista, absteniéndose de intervenir desde la angustia inicial que le provocaba la situación (y cuya traducción en la práctica hubiera sido deshacerse de la angustia “llevando lejos a la paciente”, es decir, internándola tal como lo hacía su madre), abre un espacio en el cual alojar el decir de la paciente, que luego, a partir de las intervenciones del analista, aparecerá como un decir en torno a su tristeza.

Esta primera intervención que introduce la espera parece producir un efecto de calma, que se convertirá luego en una condición de posibilidad para el armado de un lazo singular con su analista; y, a partir de allí, el pasaje de una posición melancolizada y mortificante hacia un posible “duelo” imaginario por su padre, en el cual predominará el afecto de la tristeza, a diferencia de la irrupción de goce posterior al desencadenamiento.

Un mes después M. le dirá al analista “ya no necesito verte todos los días” y propone una frecuencia de dos veces por semana, que el analista acepta.

Diacronía e historia

A partir de allí M. comenzará un proceso de “historización”, relatando con detalle lo que ella denomina “la primera crisis” tras tener su primera relación sexual a los 18 años (allí, dice, comenzó a escuchar las voces injuriantes de las monjas).

Antes de esta “crisis”, que conceptualizaremos como desencadenamiento, M. no parece construir una historia acerca de su infancia. Refiere que “todo estaba bien”. Asistía a una escuela especial desde pequeña, debido a un leve retraso madurativo. Parece guardar buenos recuerdos de esta etapa, sólo destacándose cierta dificultad en el lazo social: M. dice que no tenía muchos amigos, que a veces sentía que la trataban como una tonta, pero que a ella no le “importaba”.

Vivía con su madre, su padre y su hermano mayor, y afirma “estaba contenta... a veces lo acompañaba a mi papá al trabajo, eso me gustaba”. Dice que su padre y su madre no le prestaban “mucha atención”, que ella jugaba sola mientras su padre trabajaba; que sus hermanas mayores ya se habían ido de su casa, y que con su hermano “no me llevaba”. Refiere, también, que le gustaba ir a la iglesia. No brindará mayores precisiones acerca de este período.

A los 18 años, tras tener relaciones sexuales con su novio (de quien luego dirá “era malo, no me quería”), comienza a escuchar

murmullos, ruidos, que luego devendrán voces: “eran unas monjas que me decían puta, que me mate”. Le cuenta a su madre, quien decide internarla. Tras un mes de internación, y luego de la ruptura con su novio, las voces parecen cesar.

M. mostrará mucha reticencia a hablar de este episodio y de su primera experiencia sexual. Cuando su relato llegaba a este punto, M. se ponía a llorar y decía “de eso no quiero hablar”. El analista avalaba dicho silencio, sin dejar de señalar que “algunas cosas parece que todavía provocan tristeza”. M. finalmente dirá que ella quería mucho a su novio, que él la engañaba con otras chicas y que la “convenció” de tener relaciones sexuales; que ella “quería” pero que luego él la abandonó, “me sentí una estúpida”. “Después”, dice, “empezaron las monjas”. Dice, también, que su madre no la dejaba tener novio ni amigos, que la insultaba, “me trataba mal”.

En esa misma época, su padre parece tener una descompensación psiquiátrica y es internado. Tras la internación de su padre la convivencia con su madre y su hermano parece empeorar; M., según relata, casi no salía de su casa, y debía realizar todas las tareas domésticas, “sino mi mamá me pegaba y mi hermano se enojaba”.

Unos años después su padre morirá. A partir de allí M., a sus 21 años, vuelve a descompensarse: “no podía dormir, escuchaba ruidos, tenía pesadillas: aparecía mi papá con un cuchillo”. Esta aparición de su padre “en las pesadillas” parecía despertar el temor de M. de que su padre apareciera “en la realidad”; es decir, no responde a la lógica del sueño como cumplimiento de deseo que remite a “otra escena que la del mundo”, sino que dicha aparición en la pesadilla responde a la lógica del retorno en lo real: estas pesadillas parecen tener un estatuto alucinatorio.

Al comienzo se destaca la reticencia a hablar acerca de la muerte de su padre. Luego dirá “mi papá murió porque fumaba mucho...” y, con cierto tono de humor, “tal vez él también estaba loco, ¿no?”. El analista pregunta “¿también?”; M. dice riendo “y... mi mamá, mi hermano... y yo a veces me pongo loca”. Cabe destacar cierto acotamiento que parece implicar el “a veces”, dado que en las primeras entrevistas, al comenzar a relatar su historia, M. se definía como “enferma mental” o “discapacitada mental”. Más adelante preguntará “¿por qué soy discapacitada si yo no ando en silla de ruedas?”; comienza a cuestionarse la consistencia de ser en torno a la enfermedad y la discapacidad.

Retomamos entonces la diacronía del caso. Tras la muerte de su padre y la sucesiva descompensación, M. volverá a ser internada, y luego volverá a su casa con su madre y su hermano. Dice de ellos: “me trataban mal, me pegaban, mi mamá tomaba mi medicación”. Este período, dice M., “fue lo peor”. M. dice haberse sentido “sola” y “maltratada”; “no hablaba con nadie, miraba tele, hacía las compras, limpiaba... ya no me dejaban ir a la escuela”.

Cumplido un año de la muerte de su padre M. referirá no poder levantarse de la cama; muestra indiferencia, apatía afectiva, se niega a realizar cualquier tarea, las voces se intensifican, le dicen que se mate. Dirá, luego, “era la voz de mi papá, estaba muerto pero yo lo veía”. A partir de aquí, en cada aniversario de la muerte de su padre parecerá repetirse la misma secuencia: pesadillas, murmullos, ruidos, insomnio, postración, voces y, finalmente, una internación, tras la cual parecía compensarse.

Desde ese momento M. pasará a vivir sola con su hermano, período en el cual ocurrirá un episodio confuso que finalmente desembocará en una admisión en el Hogar del Centro. M. relatará durante su tratamiento, con mucha dificultad y reticencia, este episodio que, de cierta manera, parecía confrontarla con un “agujero” (cuando su relato llegaba a este episodio, M. bajaba la mirada, permanecía en silencio, decía “no recordar” e inmediatamente cambiaba de tema; el analista se guardaba de insistir sobre este punto). Finalmente M. relatará, de modo confuso, impreciso y desorganizado, dicho episodio: dice que estaba sola con su hermano, que “la casa era grande” y que escuchó ruidos en la puerta. Dice que “unos ladrones” entraron a la casa, que la ataron, la golpearon y se fueron; que luego su hermano la desató, la golpeó y abusó de ella.

Su relato del episodio impresiona confuso, M. no brinda mayores precisiones acerca del mismo y dice no querer hablar de eso. Simplemente dirá “en ese momento me puse loca, quería matarme”; afirma que las voces la “aturdían”, que se escapó de su casa y que luego, sin recordar cómo ni cuánto tiempo había estado en la calle, su hermana -a quién no veía hacía varios años- la encontró y la internó.

Tras la intervención de su hermana M. ingresó al Hogar del Centro y, un año después, presentó la crisis que relatamos al comienzo del caso. Tras relatar esto, M. se pone a llorar y dice “¡me pone muy triste!”; finalizada la sesión preguntará “¿hablar de estas cosas hace bien?”; le pregunto cómo se sentía, y M. responde, sonriendo, “mejor”.

Diagnóstico

A pesar de haber señalado cierta “melancolización” correlativa al desencadenamiento y que acompaña cada una de las crisis, marcadas por la postración de M. y sus ganas de matarse, cabe señalar que no parece tratarse de un caso de melancolía. Esta melancolización parece corresponderse más bien con la “pérdida del sentimiento de vida” que Lacan señala como propia del desencadenamiento de las psicosis, allí donde el sujeto se encuentra con el retorno en lo real del significante forcluido y con la irrupción de goce propia del fenómeno elemental.

Las alucinaciones auditivas, las pesadillas, los ruidos, murmullos y las voces dan cuenta de la irrupción del fenómeno alucinatorio y parecen orientar el diagnóstico hacia una psicosis del grupo de las esquizofrenias. M. es sujeto pasivo de un fenómeno que se le impone, tal como señala De Clérembault (1925) respecto del “automatismo mental”. A su vez, la postración se ve acompañada por la apatía afectiva, la indiferencia y el negativismo propios de la esquizofrenia; parece recordar la descripción de Kraepelin (1899) del “estupor catatónico” propio de la Demencia Precoz, dando cuenta entonces de una irrupción de goce desregulado en el cuerpo.

Este fenómeno nos parece una consecuencia clínica del “desasimiento libidinal” que Freud (1911) destaca en el desencadenamiento de las psicosis, desasimiento que debe distinguirse de “el duelo por la pérdida de la libido” y la “hemorragia interna” de la libido que Freud (1895, p. 240-245) tempranamente destaca en la melancolía, así como de “la sombra del objeto” cayendo sobre el yo (Freud 1917). No aparecen signos del delirio de indignidad ni la posición de “desecho”, propios de la melancolía; tampoco se recortan indicios de una sistematización delirante, propia de la paranoia.

De modo que nos encontraríamos frente a una esquizofrenia con predominio del elemento alucinatorio y la irrupción del goce en el cuerpo propia del estupor catatónico como consecuencia del retraimiento libidinal. Aunque no lo desarrollaremos aquí, cabe conceptualizar el “retraso madurativo” de M. como un signo propio de la “debilidad mental”.

De la continuación del tratamiento

Quisiéramos antes de finalizar relatar brevemente cómo siguió este tratamiento, que aún hoy continúa.

Luego de las primeras entrevistas, y correlativamente al período de historización en el tratamiento, M. comenzará a desplegar una serie de recuerdos acerca de su padre, teñidos por la tristeza. Esta tristeza será alojada como tal en el dispositivo y en el equipo, recibiendo así un alojamiento y un tratamiento posible con el Otro, a diferencia de la situación inicial marcada por la angustia y la preocupación por el estado de M.

Esto es, la tristeza, en tanto que afecto “normal”, como límite al goce disruptivo propio del desencadenamiento y estableciendo lazo con el Otro. Se establecerá así una diferencia entre el “estar triste” y la postración emocional que parecía presentar M. Se abre la pregunta, también, por el estatuto de dicha tristeza en relación con la tramitación propia del duelo.

Transcurrido un año de tratamiento, y acercándose un nuevo aniversario de la muerte del padre, M. le dirá al analista “tuve una pesadilla, soñé con mi papá, pero no escuché voces”. Se pone a llorar; dice que la “angustia” haber soñado con su padre: “estaba parado, al lado de mi cama, mirándome”; “¿por qué sueño con él si está muerto?”. Finalizará esta sesión preguntando “fue sólo un sueño, ¿no?”; el analista propone la hipótesis de que “tal vez el sueño es un modo de recordar a tu papá”.

En esta ocasión, no sin ciertas dificultades, M. pareció encontrar sus propios recursos: pidió, “por unas semanas”, una sesión más a su analista, llamaba con mayor frecuencia a su hermana, leía “cuentos de amor” y escuchaba música. Se la acompañó en este período, alentándola a leer los cuentos, preguntándole detalles de los mismos, incluso leyendo los cuentos en sesión; durante toda esta etapa no se hizo siquiera mención a una posible internación. M. podía hablar con sus compañeros del Hogar y con los profesionales acerca de su tristeza, a la par que recordaba a su padre en su tratamiento.

En un momento posterior del tratamiento M. comenzará a preguntar acerca de la posibilidad de realizar cursos laborales. Sus preocupaciones pasarán a girar en torno a su noviazgo con un compañero del Hogar varios años menor que ella; dicho noviazgo y sus vicisitudes estará teñido por los sentimientos amorosos de M. Comenzará a hablar, “aunque me de vergüenza” dice, de sus deseos sexuales, y de si está o no “lista” para tener relaciones sexuales (transcurrido un año y medio de noviazgo, M. hoy dice “yo tengo 27, él tiene 15... yo estoy lista, pero él no, habrá que esperar”). Incluso ciertos conflictos “de pareja” (tal como ella los define) parecen encontrar a M. con mayores recursos: relata en su sesión las discusiones con su novio, apelando en ocasiones al humor; pide consejo a las orientadoras del Hogar para hablar “cosas de mujeres”; recurre a sus hermanas y sobrinas.

En paralelo, se muestra preocupada por si debe realizar un curso de manicura o de cocina “para alguna vez”, dice, “más adelante trabajar y tal vez ver si puedo dejar de vivir en el Hogar”. Elegirá un curso de cocina, que luego le permitirá realizar una pasantía rentada en un establecimiento gubernamental, mostrando alegría por cobrar su “primer sueldo” y, con entusiasmo, haciendo en sesión una lista de las cosas que le iba a regalar a su hermana y a sus sobrinos.

Finalmente, aquella hermana que la había encontrado en la calle comenzó a involucrarse más en el tratamiento. Actualmente M. viaja sola desde el hogar hacia la casa de su hermana, a la cual M. se refiere como “mi casa”, en donde comparte los fines de semana con su hermana, sus primos y sus sobrinos. “Ahí tengo mi pieza, mis cosas, ayudo en la casa”, dice M., “hablo con mis sobrinas de novios, ellas me ayudan”.

Para concluir

A modo de conclusión, propondremos para este caso el estatuto de suplencia que adquirió la tristeza en tanto que “pasión del alma” o “afecto”, en tanto que permite en este caso un tratamiento simbólico-imaginario del goce que irrumpe de modo disruptivo en lo real, funcionando como límite y permitiendo el despliegue de los recursos con los que cuenta el sujeto para hacer frente al goce desencadenado en lo real.

Podemos entonces concluir que, a partir de las primeras intervenciones, que se abstuvieron de operar desde la angustia que produce la urgencia y que apostaron al despliegue de un decir subjetivo plausible de ser alojado en el Otro, se establecieron las condiciones mínimas para un tratamiento posible de esta psicosis.

Bibliografía

- De Clérembault, G. (1925), “Psicosis basadas en el automatismo”. Oeuvre Psychiatrique, de De Clérembault, primer artículo, 1925, Paris, Frénesie, 1987.
- Freud, S. (1895), “Manuscrito G. Melancolía”. En Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986, t. I.
- Freud, S. (1911), “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descripto autobiográficamente”. En Obras Completas, op. Cit., t. XII.
- Freud, S. (1917), “Duelo y melancolía”. En Obras Completas, op. cit., t. XIV.
- Kraepelin, E. (1899), “La psychose irréversible”. En Analytica, 49, Paris, Navarin, 1987. (Texto sobre la “Demencia precoz” tomado de la sexta edición del Tratado de Kraepelin, 1899).
- Kraepelin, E. (1913), La demencia precoz (1ª Parte y 2ª Parte), Buenos Aires, Polemos, 1996.
- Lacan, J. (1955-56), El seminario. Libro 3: “Las psicosis”, Paidós, Buenos Aires, 1984.
- Lacan, J. (1959), “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. En Escritos 2, México, Siglo Veintiuno, 1984.
- Mazzuca, R. y cols. (2005), Las psicosis: fenómeno y estructura, Berggasse 19, Buenos Aires, 2006.
- Schejtman, F. y cols. (2012): Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis, Buenos Aires, Grama, 2012.