



*Dissertations about the results of
the intervention project from the
psychoanalysis about the problem of
psychosis and social inclusion*

nov/10

tesis **Psicología** 5
ISSN 1909-8391

12

Disertaciones acerca de los resultados del proyecto de intervención desde el psicoanálisis sobre el problema de la psicosis y la inclusión social

Rosendo Rodríguez Fernández

Recibido: junio 12 de 2010
Revisado: octubre 29 de 2010
Aprobado: noviembre 10 de 2010

Correspondencia: Psicólogo, candidato a Mg. en Psicoanálisis. Coinvestigador, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología. Bogotá (Colombia)
Miembro del grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis.
Correo electrónico: rosendo20038@hotmail.com

ABSTRACT

The present text constitutes an elaboration about the results obtained from the application of the analytical device with psychotic patients on institutions dedicated to its approach from therapeutic perspectives, centered on training practices and pharmacological control. The purpose of reconstructing the social bond, searched by the programs, is seen hampered by its own solutions. The restitution of the dignity and speech to the psychotic patient, via assumption of the Freudian challenge for the psychoanalysis, is the essential principle that constitutes the sense of the intervention from the analytical device, which questions the myths regarding the subject of the psychosis and his own clinic.

Key words: Social bond, subject, foreclosure, neurosis, psychosis, clinic, myths, cure.

RESUMEN

El presente texto constituye una elaboración sobre los resultados obtenidos a partir de la aplicación del dispositivo analítico con pacientes psicóticos en instituciones dedicadas a su abordaje desde perspectivas terapéuticas, centradas en prácticas de adiestramiento y control farmacológico. La finalidad de reconstituir el lazo social, perseguida por los programas, se ve obstaculizada por sus mismas soluciones. La restitución de la dignidad y la palabra al paciente psicótico, vía asunción del desafío freudiano por el psicoanálisis, es el principio esencial que constituye el sentido de la intervención desde el dispositivo analítico, el cual cuestiona los mitos con respecto al sujeto de la psicosis y a su misma clínica.

Palabras clave: lazo social, sujeto, forclusión, neurosis, psicosis, clínica, mitos, cura.

Introducción

El Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis, de la Fundación Universitaria Los Libertadores, realiza en la actualidad un trabajo de intervención clínica con pacientes cuyo diagnóstico es, de acuerdo con el DSM-IV, trastorno de personalidad o trastorno afectivo bipolar, internos en programas financiados por el Estado colombiano, o con apoyo de instituciones privadas, de carácter ambulatorio, como Aedificare. El trabajo de investigación clínica se centra en las reflexiones que surgen a partir del quehacer de los investigadores con los pacientes, en momentos de lucidez, estados presicóticos, o francamente delirantes. Siguiendo las orientaciones del psicoanálisis, especialmente de vertiente lacaniana, los investigadores plantean el dispositivo analítico como propuesta alternativa al uso de fármacos y las intervenciones psicoterapéuticas y de otra naturaleza, a las cuales se encuentran sujetos los pacientes. La finalidad del trabajo de intervención, siguiendo lineamientos de las instituciones que han abierto las puertas a esta propuesta clínica, es establecer o contribuir al mantenimiento del lazo social, sin impedir al psicótico su tránsito por las soluciones delirantes o las ausencias de significación, sino permitiéndole la asunción de sus palabras a partir de la escucha (Báez, Rodríguez, Velosa & Karam, 2009a). La pregunta central que se formula es ¿qué efectos estructurales surgen a partir de la instauración del dispositivo analítico como propuesta clínica en casos de pacientes con diagnósticos de trastornos de personalidad y trastornos afectivos?. Se presentan aquí las reflexiones que son producto de las intervenciones uno a uno, propias de las aplicaciones del dispositivo analítico. Se hace un énfasis estructural, es decir, se trabaja con los efectos de la palabra y la apertura del campo

del lenguaje de la psicosis, y se estudian aquí las relaciones planteadas al psicótico por las instituciones clínicas, y sus operaciones defensivas. El texto constituye, en último término, una reflexión en torno al método de abordaje de las psicosis desde el psicoanálisis, pretendiendo alcanzar un objetivo centrado en el lazo social: la relación entre el psicótico y el otro.

Por lo tanto, se busca generar procesos reflexivos en torno a la experiencia clínica de los investigadores del Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis, de la Fundación Universitaria Los Libertadores, en referencia a la instauración del dispositivo analítico con pacientes cuyo diagnóstico se refiere a los trastornos afectivos y trastornos de personalidad. Para tal efecto se lograron los siguientes objetivos:

- * Hacer una lectura de los efectos del dispositivo analítico con pacientes cuya funcionalidad ha sido considerada, desde la clínica positivista, como anormal, a partir de los reportes de los investigadores Jairo Báez, Jorge Mario Karam y Jaime Velosa.
- * Generar una diferenciación de posturas conceptuales y metodológicas, característica de este grupo de investigación, cuya tarea es elucidar clínicamente el motor del tratamiento de las psicosis, planteando como objetivo la restitución del lazo social.
- * Replantear el papel de los procesos de institucionalización en el tratamiento de las psicosis, y socializar los hallazgos con miras a contribuir en la rectificación ideológica cuyo objetivo final es darle otro lugar a la psicosis en la sociedad y, por consiguiente, a su sujeto, que puede ser el clínico o el psicótico.

Método

Los referentes para la reflexión son los documentos de trabajo del Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis, en torno a la intervención clínica con pacientes diagnosticados con trastornos afectivos y de personalidad; los textos de algunos investigadores que están en el terreno, cuyo enfoque es lacaniano, y las elaboraciones en los grupos de trabajo con los semilleros de investigación y los espacios de supervisión de caso clínico. Se produjo una serie de reflexiones en referencia a estos trabajos, que son las que se presentan como resultados.

Resultados

A continuación se presentan las reflexiones generadas a partir de los abordajes de los investigadores del Grupo Psicosis y Psicoanálisis, de la Fundación Universitaria Los Libertadores.

Sobre el lazo social

El lazo social, como indicador de logro de la aplicación de un dispositivo clínico, es, en último término, lo que se buscó con la intervención implementada desde el Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis, en el marco de la línea de investigación sobre las psicosis, de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Este objetivo, por así decir, responde a un postulado teórico de origen lacaniano: el potencial de simbolización que trae aparejado el Otro, con una rectificación subjetiva, término freudiano, por parte del paciente psicótico.

Esta operación, circunscrita al registro simbólico, implica no solamente la intervención directa con el paciente en el lugar donde aparece el psicólogo con la palabra y la disposición de escucharlo de modo atento (en el sentido freudiano, de atención flotante), sino la introducción de las instituciones y

sus psicólogos y otros trabajadores de la salud en los postulados lacanianos, como orientadores de los procedimientos clínicos.

De inspiración freudiana, la clínica aquí propuesta y expuesta parte de la concepción del psiquismo como inconsciente. Lo que hace humano al hombre, el lenguaje, implica malograr al animal, y llevarlo a una división entre naturaleza y cultura, donde, en última instancia, no hay nada natural en el humano. Todo el atravesamiento del cuerpo por el símbolo, por la letra, la palabra, hace que lo natural sea un término referente de lo perdido. Con la palabra, no tenemos conciencia. Tenemos inconsciencia, y un sujeto del lenguaje, que es hablado por este. No tenemos una visión funcionalista del lenguaje, sino que este, en vez de ser instrumento de comunicación, invento del hombre en una evolución, es el mundo que determina al ser que se inscribe allí.

En el primer momento del hombre, el niño, hay caminos, o más bien, hay estructuras determinantes, y su número es tres. Estas estructuras son dependientes del lenguaje, que preexiste al sujeto, y frente al lenguaje hay un devenir de acuerdo con dichas estructuras. Son la psicosis, la neurosis y la perversión (Berenguer, s. f. a).

Podría decirse que el neurótico entra al lenguaje, a través de una clave, la instauración de un significante primordial: el significante de la Ley. Este, esencialmente, posibilita, en un devenir, la instauración del lazo social que, al modo freudiano, depende de la inhibición de los impulsos y la prohibición del goce. Es en la medida que hay una acotación del goce que se puede mantener una sociedad. Sin embargo, y sin ir muy lejos, es preciso también dar lugar al goce, regulado, para evitar la destrucción del lazo, a la vez que del individuo. Este precario equilibrio es la fuente de las cantidades

de reglamentos y normas de convivencia que caracterizan a los grupos humanos. (Para ver una reflexión profunda sobre el lazo social, se recomienda la lectura de Berenguer, s. f. b).

El neurótico establece la medida de la salud en relación con una norma, y en ciencia estamos hablando de criterios estadísticos para sostener postulados clínicos, en verdades consensuadas. Pues bien, prescindiendo de la perversión, que no es objeto de este trabajo, la psicosis deviene en razón del rechazo, muy radical, del significante primordial que trae la Ley. En tal sentido, este rechazo puede ser tan extremo que tengamos una ausencia total del uso del lenguaje por parte del sujeto. O al contrario, se puede tener un sujeto que no entra al lenguaje, que no es admitido por el lenguaje. Hay que considerar aquí que el lenguaje no es algo que dependa del aparato fonador, pues los loros hablan. (Ver Lacan, El Seminario de Jacques Lacan, Libros I, VI, XI –citado por Briole–, en los que aborda el problema de la holofrase, que señala exactamente que no es que el niño psicótico y la madre tengan un solo cuerpo o una sola herida. Es que tienen un solo significante. No está la distancia entre S1 y S2, sino que hay un monolito S1S2, que deja al niño en condición de objeto a de la madre, en ese fantasma. Queda, pues, en condición de ocupar un cierto lugar en el discurso materno, obedeciendo así a su goce. Es, según Guy Briole, otra forma de hablar de la forclusión cuando no es el Nombre del Padre lo que está en primer plano).

El psicótico, entonces, hablando del lazo social, del discurso que hace vínculo, enfrenta esencialmente una ausencia, la ausencia del significante de la castración, del límite, y del temor a la transgresión. Tampoco hay transgresión, pues al estar ausente la textura que da sentido al discurso sobre la Ley, el psicótico queda al margen, y vive una realidad estructurada sobre

los significantes del deseo materno. Queda indiferenciado de la madre, como parte de ella, lejos de una subjetividad propia, pues es casi imposible para el psicótico apropiarse y reconocer su deseo. En ese sentido, es deseo del otro, con minúscula, deseo de la madre. El Otro, con O mayúscula, es el símbolo por excelencia que fundamenta la relación social. Es un producto del lenguaje, en la medida en que lo habita, y al habitarlo le proporciona, una vez más, la significación (Lacan, 1987).

Entonces, el psicótico está librado al Otro, pero no lo reconoce. Cuando decimos que está librado al Otro, estamos afirmando que existe toda una concepción social del psicótico, con categorizaciones fundamentadas en postulados científicos y clínicos, que son las que funcionan para cobijarlo, sin lograr un reconocimiento como sujeto, que le permitan al mismo desarrollar una responsabilidad como ser en el mundo. Lo que el neurótico hace con el psicótico, como ya dijimos en trabajos anteriores, es aislarlo y evitar que moleste (cf. Rodríguez, 2007; Báez et ál., 2009; Báez et ál., 2010; Rodríguez, 2009).

Controlar lo que no se puede aceptar en el propio ser. Esa ha sido la práctica clínica durante muchos decenios, y no parece que cambie. Hacer una ortopedia, introducir actuaciones en el paciente, creando “hábitos”, desarrollar modos de comportamiento que hagan aceptable, así sea mínimamente, la convivencia del psicótico con el “normal”, es la intención de la clínica tradicional. Aquí, cuando se fija como objetivo establecer o re-establecer el lazo social con el psicótico, se está pujando en ambas direcciones: no solo lograr la introducción de una suplencia a nivel de la falla significativa en el psiquismo del psicótico, sino lograr una rectificación del Otro, en la medida en que su mirada es determinante en la relación entre el neurótico y el psicótico.

En otras palabras, se requiere salir de la idea de la psicosis como enfermedad, y adoptar la visión del psicoanálisis, que la plantea como una estructura subjetiva. Es solamente en la medida en que el Otro reconoce al sujeto, que el sujeto puede reconocer al Otro, aquel símbolo capaz de ordenar y establecer un registro de la realidad, en términos sociales. La asimilación de significantes frente al lugar que ocupa el psicótico en el discurso materno, y su elaboración de otro lugar, frente al gran Otro, es el objetivo clínico que se traza en esta intervención, cuyo dispositivo atraviesa a los docentes investigadores –ni mucho menos sabios en el tema–, los estudiantes de psicología con un interés por el psicoanálisis, los profesionales de la salud que requieren nuevas ideas en el ejercicio de su clínica, y los sujetos psicóticos, urgidos de ser reconocidos como tales, abandonando la posición de objetos, pues hasta el momento son enfermos mentales.

Esa elaboración es, hasta ahora, lo que podemos hacer con el trabajo clínico de orientación analítica: lograr que el psicótico supla el significante de la Ley, y pueda dar lugar al Otro en su palabra. No cambiará estructuralmente pero, al introducir una suplencia, se introduce un reconocimiento social, una funcionalidad, una posibilidad de convivencia y una tolerancia por parte de la comunidad y del mismo psicótico, del cual se espera (idealmente, en este proyecto) que sus fugas hacia el episodio delirante no le impidan asumir responsablemente su vida. En este sentido, si bien son pocos los usuarios de la terapia que regresan al mundo, a grupos familiares o a entornos sociales que los vieron crecer, la experiencia del proceso terapéutico, en que el dispositivo analítico recién se instaura, su vuelta a su mundo es un logro invaluable, que debe ser reconocido como tal.

Con esto, se advierte, no se está diciendo que los psicóticos han regresado al mundo de la vida cotidiana, después de un exitoso paso por la clínica. Solamente se está enfatizando que el alcanzar este ideal es lo que orienta esta clínica, cuyo destino es formular preguntas en torno a ese lugar de donde procede y a donde se dirige.

La aplicación del dispositivo clínico, con sus prescripciones metodológicas, técnicas, y las elaboraciones teóricas, se realizó según lo expuesto en el Informe general del proyecto, presentado por los investigadores a la Fundación Universitaria Los Libertadores (Báez, Rodríguez, Velosa & Karam, 2010). Sobre esto versa la siguiente reflexión.

El dispositivo analítico y el analista

En trabajos anteriores (Báez et ál., 2009; Báez et ál., 2010) ya se plantearon los elementos básicos del dispositivo analítico. Sin embargo, en este espacio es preciso agregar algunas cosas, en otra dirección.

El primer postulado en relación con el dispositivo analítico es que se trata de un objeto de investigación o, más precisamente, de un devenir bajo la mirada del analista, que sin embargo está sometido al dispositivo al formar parte esencial del mismo. Bien se sabe que “el ojo no puede verse a sí mismo”, tiene su punto ciego como impedimento, que, por definición, lo deja en falta con respecto a la realidad. Es, a la vez, un producto de esa realidad que observa, así que, si seguimos por los caminos de la lógica, podemos también decir que la realidad no puede observarse a sí misma más que en parte. Pero como no se trata de forzar la mirada, pues, por fuerza que hagamos para mirar, no veremos más allá, queda el camino de la elaboración sobre lo vivido, es decir, sobre lo reprimido, sobre lo fantaseado, sobre lo “fantasmaticado” en torno a un dispositivo clínico.

Entonces, sobre el dispositivo, del cual forma parte el analista, hay que decir que es un devenir, al cual el clínico está sujeto, y en el cual la labor del analista consiste en elaborar, a partir de sus reflexiones, una significación cuyo carácter remite a la teoría psicoanalítica, en tanto esta constituye su referente. Con esto, se está reconociendo el papel de la subjetividad de los implicados en el dispositivo, la cual, en último término, remite al sujeto. Así que, si bien el dispositivo analítico es un devenir del que el analista es una pieza clave, en la experiencia clínica desarrollada hasta ahora, hay sujetos que investigan, hay investigadores cuyo anhelo es abrir el espacio a la palabra del psicótico, o del sujeto de la forclusión del Nombre del Padre, en que aún no es claro que se haya logrado ocupar ese lugar del analista.

Esto, de ninguna manera demerita el trabajo de investigación. De hecho, una de las consecuencias del dispositivo, uno de sus productos, es el analista. Tratándose de un devenir, el analista pasa en efecto por diferentes momentos, de cuyo manejo depende la instauración del dispositivo analítico. En un primer momento, es un sujeto que supuestamente sabe sobre el padecimiento del psicótico. Aquí habría que decir que hay una distinción muy importante que se hace desde el psicoanálisis con respecto a otras concepciones de intervención clínica: el psicoanalista sabe que el otro supone (con base en un deseo) que él sabe sobre su “enfermedad”, y en tal virtud, se entrega en manos del clínico, con mayor o menor grado de mansedumbre.

En su mundo, de cualquier modo, el clínico es un objeto, cuyo propósito es lo que lo mantiene sujetado a una institución de salud mental. En suma, por psicótico que esté, el sujeto supone con respecto al otro desde la fantasía, desde el deseo, o desde el delirio mismo. Así que el psicoanalista sabe que parte de una si-

tuación cuya ventaja es dudosa: el psicótico supone que él sabe sobre su “enfermedad”, en tanto que “doctor”, en tanto que “terapeuta”, en tanto que “profesional de la salud mental”. Así que es sostenible que buena parte de los procesos terapéuticos, o la mayor parte de los mismos, se basan en la fantasía, compartida por el terapeuta y el psicótico, de que hay un curador de un mal que afecta al psicótico.

El resultado tiene forma histérica: el psicótico se “cura” cuando hace desaparecer los síntomas de su “enfermedad” en razón de una lectura del deseo del terapeuta. En otras palabras, averigua qué es lo que quiere el terapeuta, *cuando se quiere ir* del hospital. De cierto modo, esto ya es un signo de instauración de un lazo social, un reconocimiento de su propio deseo, que lleva al “enfermo” hacia la salida. Sin embargo, es difícil lograr la salida de un psicótico, en tanto que no hay, por lo general, a dónde ir. Sus lazos sociales se instauran en el mismo hospital, con otros usuarios, y con profesionales de la salud.

El aislamiento del usuario, no solamente tiene que ver con su condición estructural, sino con la ausencia de familia y redes sociales, en tanto que los miembros que conforman estos grupos abandonan al usuario o en algunos casos no lo reconocen como parte de su cotidianidad. Retornando a la fenomenología de la dimensión imaginaria de la cura, el usuario de la terapia pasa por un programa de intervención que se articula desde el quehacer de diferentes disciplinas, que convergen en el logro del objetivo de inclusión social. Para ello, el énfasis está en lograr que el usuario adquiera unas prácticas de autocuidado, en los diferentes entornos de exigencia social a los cuales está supeditado por la sociedad. Esto es, en otras palabras, un entrenamiento dirigido a la adquisición de habilidades sociales, que le permitan

al psicótico funcionar en diferentes medios, superando las actitudes violentas propias del segregacionismo.

En este sentido, es esencial trabajar sobre los significantes, o en referencia a los significantes que nominan al psicótico, en cuanto que producen una significación que lo determina en tanto que ser en el mundo. Sencillamente hablando, hay que ver qué efectos tiene o qué efectos ha tenido nombrar al psicótico (también es posible encontrar neuróticos en el programa, que al aplicar según los criterios del DSM, quedan catalogados como seres trastornados) como usuario, y de qué manera este discurso lo sujeta a la dinámica institucional y social. (Esta labor ya se ha tomado como objeto de reflexión en otro lugar: Rodríguez, 2009).

La forclusión del significante del Nombre del Padre, del significante de la Ley, es una condición estructural que es necesario reconocer en el momento de entrar a trabajar sobre la inclusión social, en la medida en que, lo que observan los clínicos como fenómenos comportamentales, remite a esta falla estructural. Es decir, el problema del usuario de la terapia no estriba en su mayor o menor capacidad para asimilar las normas de comportamiento, para seguir unos lineamientos de conducta. Estriba, precisamente, en una “falla” en la constitución de su psiquismo: el rechazo de un significante primordial. Este significante es el de la Ley. Así que todos los fenómenos que giran en torno del adiestramiento se van a topar con un vacío significativo, que deja al clínico confrontado con un real, que es justamente lo que moviliza la cura para los terapeutas. Este real, innombrable, frente al cual el psicótico responde con el delirio o con la inmersión en el autismo, es aquello desconocido y angustioso para los clínicos, que responden con todo el programa de intervención.

Como resultado, sin embargo, hay un aspecto que es preciso reconocer en la práctica clínica, y que sustenta un enfoque del buen trato al usuario: la transferencia. Escuetamente, la actividad que se desarrolla en torno al adiestramiento del psicótico, con el enfoque del autocuidado, no desprovisto de medicación, es el gozne sobre el que gira el aparato social en la institución, produciendo contextos en que el psicótico habla. Los afectos se vuelcan sobre los otros usuarios o sobre los terapeutas, en términos de repeticiones ya de los modos de relación que establece el psicótico con el otro, y se mediatizan con la palabra.

Es decir, hay una actividad cuyo carácter social, marcado por significantes de autocuidado en que hay usuarios *cuya norma es el buen trato, o trato amoroso*, el compromiso con otro ser humano al cual se trata con consideración, que arrastra en sus significaciones a los clínicos y psicóticos, y los lleva a repetir sus relaciones objetales, mediatizándolas con la palabra. Este aspecto, obviamente, se resalta en sentidos diferentes, en términos funcionales. Se usan indicadores de logro, y se enfatizan las adquisiciones en términos de habilidades sociales del psicótico, el cual, en la medida en que funciona en sociedad, se torna apto para volver a la misma.

Aquí señalamos el aspecto que no se enfatiza, o no se logra ver más allá del amor o del buen trato: la posibilidad de elaboración que tiene el psicótico cuando se nombra de cierto modo particular, y la significación que construye en torno de sí, en tanto que para él es imposible construir, después de todo, una alteridad en los mismos términos del clínico. La subjetivación del psicótico, desde que se nombra como usuario, en el marco de redes de buen trato y autocuidado, está marcada por el afecto, por el amor, y en este sentido es constituyente de su discurso.

Por parte del clínico, su diferenciación marcada del psicótico, o del usuario, y los roles que ejerce, determinan las significaciones del psicótico con respecto al mundo social. En este sentido, los psicóticos nombran a los miembros del personal clínico como “doctor”, o de algunas formas subrogadas. Su trato social, en el marco clínico, está condicionado por este modo de nombrar. En casos de crisis, los usuarios se refieren al otro en términos de la forclusión, y cuando así decimos, nos estamos refiriendo a la dimensión imaginaria que recubre lo traumático del encuentro con lo real. Por no tener puntales en el discurso social, en lo simbólico, o en el carácter de verdad de lo que vocifera, en el momento de la crisis el psicótico entra en la paranoia. El otro se torna amenazante, y la transferencia, que es invasiva en tanto que la forclusión erradica el límite con el otro, se dirige hacia los mismos clínicos o hacia otros usuarios.

Allí, en esos fenómenos delirantes, se hace evidente que la relación del psicótico con el mundo es una relación transferencial. No se trata simplemente de trabajar con él en una red de buen trato, y obtener un modelamiento y un moldeamiento de sus conductas. Se trata de la relación de objeto que aparece en el campo de aplicación de una clínica, donde los objetos son otros usuarios, personal clínico, y trabajadores, operarios de seguridad. Inclusive, la comunidad donde está ubicado el programa. La disposición estructural, es decir, del lenguaje, que conlleva una relación objetal, puede verse como el juego del deseo que toma nuevos matices, en la medida en que se introducen mediaciones simbólicas en el dispositivo.

Es decir, el dispositivo, ya posesionado de los sujetos, los somete a las reglas de la metáfora y la metonimia, haciéndolos decir más de lo que quieren decir, y creando nuevos horizontes de significación. En la práctica, ya el psicótico o

el usuario de los servicios de salud, significa al “doctor”, al psicólogo, de un modo análogo al de cualquier otro profesional, pero encuentra diferencias. Entre los “doctores” hay uno que no hace recetas, que no hace “juegos tontos”, o que no lo trata como el positivo de la pusilanimidad, sino que lo escucha y lo trata respetuosamente, si bien sus palabras no son plenas o no tienen un cobijo para la angustia, apareciendo fragmentarias y vacías.

En la intervención en crisis, por ejemplo, algunos usuarios se encuentran con un profesional que interviene desde la palabra. Hay uno que no invade el cuerpo en tanto que objeto, con agujas o medicamentos vía oral, algo que ya es del orden imaginario, y que llega a tener significación si se sigue por allí en la rectificación del Otro. Hay uno que no amarra, que no aprisiona en camisa de fuerza, o que no coloca en camilla al usuario, cuando se encuentra en un *acting*. Si bien no se está negando la respuesta desde lo real, si se está afirmando que la estructuración del dispositivo obedece, como diría Perogrullo, a la palabra.

La intervención, pues, del clínico, apoyado en el recorrido del psicoanálisis, es un efecto del dispositivo, y el dispositivo gira en torno a este discurso. En un hospital de Bogotá, el recorrido del psicoanálisis ya tiene una tradición más antigua, que data del trabajo de Jaime Velosa Forero, quien constituye ya un significante primordial que le imprime una significación a las relaciones del usuario con el servicio de atención. Así, hay un espacio en que se es escuchado.

La palabra del paciente, como se denomina desde el lenguaje del psicoanálisis al usuario, tiene un destinatario, el que acusa el recibo del mensaje, si bien no dedica su tiempo al adiestramiento o la enseñanza en una práctica de vida. El mensaje queda allí, y hay alguien

dispuesto a recibirlo. El clínico también hace interdicciones, pero son las claves de lo real que crean las palabras del mismo paciente. Y no hay que pensar que, por diferente que sea el paciente, no logra captar otros sentidos que están al filo de su decir. Por primitivos que sean sus enunciados, las consecuencias de la introducción del significante en su psiquismo no dejan de ser radicales en tanto que obedecen a sus leyes, y estas, por su naturaleza, no eximen a nadie.

El devenir del ser en el mundo, pues, obedece a la misma introducción de la palabra en la relación del psicótico con el otro. Esto no es lo mismo que neurotizarse la relación de objeto, cosa, por otra parte, imposible. Edipo está en la palabra como uno de los Nombres del Padre, forcluido. Aquí aparecerán suplencias de Edipo, en la instauración del lazo social, pero como una obligación desde la palabra misma que se posesiona y sujeta al sujeto. No se impone vivir como Edipo, sino que se trata del advenimiento de significantes que le permiten al psicótico ser en el mundo, si bien de un modo completamente distinto al neurótico.

Esto es, la significación que adquiere la palabra del psicótico elide lo simbólico, y deja lo imaginario, no siempre tenebroso, ocupando el lugar de la realidad. La operación que tiene lugar, cuando la palabra se introduce en esos fragmentos imaginarios, o en delirantes metáforas, es la significación. Es decir, el delirio como vía de la significación, o mejor, la palabra que acota lo imaginario. Y se tiene entonces un dispositivo en que el corte empieza a ser la práctica que hace emerger al sujeto, que lo sujeta a la palabra.

Ese acto, que aquí aún no se precia de ser analítico, ni pretende serlo, tiene ribetes de ser un acto propio de un analista. Como fantasma del psicólogo en el dispositivo analíti-

co, el analista es un mito que hace funcionar su ética, su práctica, y lo arrastra al punto de nombrarse, no pocas veces, “analista”. Toda vez que se mira el dispositivo, pensamos que no somos analistas, pero este reconocimiento apunta al fantasma, al analista. Un deseo que se vuelve a poner en juego en la relación con el psicótico o el usuario: ocupar el lugar del analista. Si el analista mismo es una formación del inconsciente, en tanto que se instaura una transferencia, lo imposible viene siendo que sea una formación del psicótico, por cuanto el psicótico no tiene inconsciente, sino que es *testigo del inconsciente* (Lacan, 1995).

De allí que la fusión del psicótico con el objeto lo lleve a instaurar formas transferenciales donde no se diferencia del “doctor”. Un relato de los practicantes del Hospital de N. versa sobre una usuaria del programa, que se empezó a nombrar a sí misma “doctora”. La intervención, desde el humor, que realmente fue una agudeza, por parte de los practicantes, consistió en darle las funciones de una “doctora”, que pudiera atender los casos clínicos y pudiera dirigir las dinámicas de grupo del programa. El efecto que tuvo lugar, al nivel de la palabra, fue el de la instauración de un límite: “Eso es muy difícil”, “Mejor sigan ustedes siendo los doctores”. La asimilación de un significante requiere cortes, que llegan con la palabra... y la palabra está allí, presente, a ojos vistas.

Desde la posición del clínico, del psicólogo signado por el fantasma del analista, las intervenciones semejan las de un analista. Se reprochará ahora que la labor no sea más que una seudointervención, y que no se hace ni psicología ni psicoanálisis. En respuesta, se está diciendo que se hace intervención psicológica. Este significante remite a la idea que el espacio clínico requiere de psicólogos que estén dispuestos a abordar caso por caso las problemáticas emergentes.

En el caso del dispositivo en marcha, desde el Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis, de la Fundación Universitaria Los Libertadores, ya surgen fantasmas: *los investigadores son psicoanalistas*. Eso tiene su efecto, su resonancia, en el psiquismo de los usuarios de los programas de salud mental donde se está interviniendo. Ya hay un supuesto saber, que si bien se diferencia del saber real, tiene un papel de primera importancia en la relación entre el clínico y el paciente, o usuario: es la puerta de entrada, y a la vez el obstáculo a salvar, al psiquismo. La clínica que de allí se desprende es siempre nueva, en el sentido en que el principio regente es escuchar, con toda la gravedad de ese significativo, la palabra del otro.

Mitos de la clínica

Una sentencia de vieja data, enfatizada por el extinto psiquiatra César Constaín en sus clases de psicopatología, en el programa de psicología de la Universidad Nacional, en los años ochenta, refleja una creencia de largo asiento en los modelos clínicos psiquiátricos: la locura no se cura. Si tal sucede, el paciente no estaba loco.

Este mito, que permanece en la historia de la clínica, junto con otros como la Salud Mental, ha determinado las prácticas de las disciplinas de la salud desde los tiempos de Pinel y Esquirol. Si bien se advierte que hay cambios, tales como que el enfermo mental es inútil, y que además es peligroso, con el agravante que ante la ley no es responsable de sus actos, el loco o el psicótico sigue siendo un enfermo. La enfermedad mental, entonces, crea el horizonte sobre el cual emergen las codificadas patologías, que contradictoriamente se conciben como trastornos. Sumas de síntomas, producen diagnósticos establecidos en el DSM-IV y el CIE. Con miras estadísticas, anteponiendo el método a la clínica misma,

respondiendo a las formas, antes que a la realidad plena de delirios del psicótico y a los malestares que produce y que lo afectan, las intervenciones en salud se centran en las exigencias del sistema.

Así, las demandas que hacen los servicios de salud a los psicólogos y otros profesionales que laboran en los espacios de la clínica, se ven afectadas por el fantasma de la estadística, de la provisión y manejo de la información, y las lógicas administrativas. El aparato de salud se sostiene sobre el mito de la enfermedad mental, sin considerar seriamente los aportes freudianos: hay estructuras psíquicas. Equiparar la diferencia a la enfermedad, trae efectos iatrogénicos, donde la cura es una enfermedad cuyos efectos agravan el sufrimiento subyacente a la condición humana.

Es decir, lo humano implica un sufrimiento que no puede equipararse a la enfermedad. Pensar una estructura como una enfermedad, establece una relación con una enfermedad, con un ente, antes que con otro. De tal modo que el lazo social del psicótico está marcado por una relación donde él mismo es un objeto del otro. Esta reificación se marca desde el lado del usuario o paciente, en un sentido funcional: el “doctor” es un funcionario, un administrador de la salud, antes que un clínico. Esta dirección que toman los procedimientos de atención “al usuario” justifica el cuestionamiento de este último significativo en el terreno de la intervención clínica, siempre que constituye una cadena de significación en la que tenemos un funcionario, llamado psicólogo, que hace funciones de recolector de información para el sistema de salud, tomando al usuario como a un encuestado.

El uso de profesionales, de ese modo en el sistema, termina creando cada vez nuevos fantasmas, en tanto que los psicólogos

asumen esas funciones como “su función” en el sistema. Por esa vía tenemos entonces usuarios del sistema de salud, cuya atención no pasa de ser un formalismo. El incurable, el enfermo mental, desaparece dando lugar al trastornado y al usuario. Uno y otro, muchas veces son el mismo, y andan fragmentados por la visión que proporciona al psicólogo o al clínico, la codificación del DSM-IV. Podemos estar seguros de tener una buena información, muy bien presentada, y bastante deficiente en cuanto a lo que podemos esperar como intervención clínica real.

El sistema de salud requiere, pues, encuestadores que alimenten sus bases de datos, *diferentes* a los clínicos, quienes están allí actualmente sin ejercer su real función, o viendo menoscabado su trabajo por tales demandas del sistema. Toma validez aquí la crítica de Jairo Báez: *“tememos al otro, no al gran Otro. Ese otro que exige el cumplimiento de lo que es irracional para nosotros, pero cuyo mortífero poder (a veces imaginario) determina una obediencia, más grave en tanto que no es obediencia ciega”* (Báez, en el semillero de investigación de la línea Psicosis y Psicoanálisis).

Obedecer. Algo a lo cual no escapa ni el clínico, ni el usuario. La obediencia cobija el dispositivo, como un real forjado en una cinta de Moebius, que circula en el margen del poder. Lugar común, Foucault habla de los artefactos a los que termina obedeciendo su propio creador, a la vez creado en otros dispositivos. El poder pone en juego en los dispositivos toda una fenomenología de la práctica, de la actividad. Cualquier práctica está subordinada al poder, del cual el funcionario cae amante, por parafrasear al mismo Foucault (entrevista con Barou, 1980).

En este orden de ideas, la transgresión aparece como la ruptura con respecto al artefacto,

es decir, al dispositivo. Utilicemos una palabra prohibida, *tabuada*, que pasó, como Satán, de tener lustre y gallardía, a ocupar el lugar de una significación inmoral e inaceptable: la subversión. Desde la diada entre Espartaco y Cicerón, pasó de calificar un acontecimiento, una ruptura nunca antes documentada, a asociarse al terror de la actualidad. Tal vez sea esa la palabra exacta para decir que el artefacto se subvierte es en la medida en que emerge otro artefacto, otro dispositivo, que vuelve a elegir a sus elegidos. La resistencia estriba allí en no aceptar ser elegido para ser sujetado por el dispositivo, por un dispositivo, digamos, como la sociedad, una abstracción decantada de formas diversas en cada espacio, en que se sostiene a partir de una forma del Otro.

Bien, esa entrada del ser en el mundo, del ser en el dispositivo, no tiene lugar sino de tres formas posibles, que Lacan, desde la teoría freudiana, llamó estructuras. Puede hacerse una reflexión a partir del trabajo de Lacan y Foucault para decir algo sobre los dispositivos clínicos, cuyos efectos son distintos a los recorridos de las disciplinas por las aplicaciones. Báez distingue, e insiste en este punto: el artefacto es producido, de cierto modo, por el clínico, y lo sujeta de tal modo que lo inventa. La disciplina es defendida por el clínico, y se traduce en una práctica que termina sosteniendo a la disciplina misma, la demuestra constantemente, la prueba. Muestra que la disciplina redonda en una práctica circular de una ideología, una forma del Otro se sostiene a pesar del empuje de lo real, negado por la palabra esgrimida desde la teoría como absoluto.

En suma, la disciplina hace funcionar un mundo, una relación, donde la verdad ha sido conocida y reconocida, y sostenida en virtud de tal creencia. Allí tenemos al otro, el adalid de la disciplina. Este establece los límites de la

práctica, juzgando la ortodoxia de cualquier intervención, la cual debe conducir al mismo resultado. Así, aun cuando no veo por qué no habría allí un dispositivo, sí veo justificada la distinción, en tanto en el dispositivo la disciplina es una fuerza que está en juego, y dicha fuerza sujeta tanto al clínico como a su usuario. En ese sentido, el clínico termina sosteniendo su ideología, y defendiéndola por encima de cualquier asomo de lo real.

Volviendo al dispositivo, el clínico que analiza el artefacto, al saber en cierta forma, es decir, al teorizar sobre el dispositivo y sus efectos, adquiere, por así decir, una videncia que de cualquier modo se caracteriza por no lograr el sometimiento del dispositivo a su voluntad, o su deseo. En psicoanálisis, el dispositivo analítico está destinado a fracasar, y ese precisamente es su destino deseable. Una entrada en la estructura, donde el sujeto, que se manifiesta en el lapsus, la equivocación o el error, tiene lugar, y ese lugar está signado por la gran oreja del analista.

Podría decirse que este es el mito del psicoanálisis, si bien lo inasible por el lenguaje, lo inconsciente, que le presta su sentido, tiene la extraña virtud de escapar siempre al dominio del analista y del analizante. A diferencia de otros mitos que sostienen otras miradas clínicas, el psicoanálisis sabe que no sabe, en el sentido de poner en juego un saber no sabido, con la gravedad que impone, como decía el mismo Lacan, el hecho de saber que no se sabe. (Citado por Larsen, 2009). Esto no es poca cosa.

Así, la crítica desde el psicoanálisis a la otra clínica, es que el psicoanálisis es la Otra clínica. Cuando el control y la medición no logran su cometido, cuando las lógicas del sentido de la vida en tanto descubrimiento se revelan insuficientes, o cuando la grandeza del espíritu

humano se revela como una fantasía de dulce sabor pero de insostenible realidad, la mirada vuelve a recaer sobre “los pesimistas”, “especialistas en basura”, aquellos que están dispuestos a escuchar donde hay rupturas de la lógica y del sentido.

Eso no hace omnipotente al psicoanálisis con respecto a las demás clínicas. Solamente lo hace, como todas, diferente en obediencia a sus mitos, a sus códigos. Sin embargo, el psicoanálisis ya plantea una clínica estructural, en que el devenir de los síntomas es seguido con atención, sin pretender anularlos. Desde Freud, el psicoanálisis pone en cuestión al síntoma, lo interroga, y le permite hablar, desplegarse, recrear su significación y aparecer con certificados legítimos en la vida de los afectados.

El mito de la clínica que sostiene tanto a la psicología general como a las neurociencias casi que podría reducirse, actualmente, al control, a la desaparición, al borramiento o barramiento del síntoma. Su síntoma es el papel. El milagro de la curación es el número, y la tabla de los resultados, expuestos por un experto en congresos, que puede aportar, como evidencia, el seguimiento del paciente escrito en formularios cuya estructura deja poco margen de “error”.

El formato es la cura. Es decir, el usuario se curó, como muestran los formatos, en los cuales los síntomas se fueron reduciendo, hasta que llegó el logro de la felicidad prometida, el éxito o el nirvana en la tierra. Sintetizando, la salida del sistema de salud, del gran Otro, es imaginaria, en términos de atención. Mientras en el papel todo está resuelto, en lo real tenemos una hiancia con respecto a la teoría psicológica, sus métodos y prácticas, y no se diga del psicoanálisis, que tiene poca acogida en la psicología actual.

Las contradicciones a las que se encuentra sujeto el sujetado, en el terreno de la clínica, se refieren a una multiplicidad de mitos que surgen y resurgen históricamente, por así decir, consistiendo esencialmente en el acceso al deseo del Otro de curar, que se traduce en un imperativo: ¡Cura!

Lo categórico de este mandato atraviesa toda la clínica actual, sometiéndola al funcionalismo que es una forma del Otro. No obstante, lo parcial de la relación de objeto hace que, por otra parte, se sostenga fuertemente el discurso de la incurabilidad de la locura, y su equiparamiento con la psicosis. *La clínica*, parafraseando una sentencia lacaniana reconocida, *es un tesoro de mitos*. Sin poder acuñar *la Verdad*, las disciplinas desarrollan sus prácticas como si partieran de *la Verdad*.

En el mismo clínico, subsisten pensamientos epistemológicamente incompatibles, y hay una imposibilidad de conceder importancia a las distinciones epistémicas que originan diferentes enfoques sobre los problemas clínicos. Un eclecticismo fundado en carencias de la formación de los clínicos, se traduce en prácticas disciplinares contradictorias, y en confusos sistemas de pensamiento cuya incidencia en el síntoma del “cliente” o “usuario” es del orden de lo real. Es decir, el cliente o usuario está sometido a las reglas del Sistema Nacional de Salud, mismas que condicionan la labor del clínico, el cual básicamente es un empleado.

Los “cambios de administración” traen cambios de enfoque, y los cambios de enfoque traen “clínicas” diferentes. Entre tanto, el objeto de estudio, epistemológicamente hablando, permanece sumido en los mitos de las clínicas, y en sus diversas prácticas, todas con reconocimiento institucional. Ideológicamente, los psicólogos y terapeutas tienen legítimo

derecho a intervenir sobre un sujeto barrado por la clínica. Así, los funcionarios y empleados, con imagen de clínicos, “deben prestar un buen servicio” a sus “usuarios” o clientes.

Cualquier encuadre clínico serio se preciaría de partir de la independencia del terapeuta con respecto al Otro, en tanto ética clínica. Mientras tanto, seguirá una linealidad edípica en su intervención. Es un normalizado que defiende su modo de vida normalizando *una relación con un psicótico*, en los programas de Salud.

Prácticas de entrenamiento, de autocuidado, de ejecución de tareas por aprendizaje, son caminos emprendidos desde diferentes vertientes de la psicología y la interdisciplinariedad que abordan el campo clínico de la psicosis. Desde el fraccionamiento de la misma en el DSM-IV en trastornos afectivos y trastornos de la personalidad, el sujeto de la clínica es más un sujeto de la ideología. Aquí, en este punto, se sitúa el nódulo de la intervención clínica desde el psicoanálisis en un programa de inclusión social.

A modo de conclusión

El seguimiento de los principales efectos de la aplicación del dispositivo permite afirmar que las estructuras se afectan de modos distintos, toda vez que al psicótico entra a plantearse una diferenciación y una apropiación de su mundo. Sin llegar a ser concluyente, puede decirse que:

El lazo social se instaura en doble vía. La de un sujeto *ex sistente* en un borde del lenguaje que resulta de la forclusión del Nombre del Padre, y otro, que pretende curarlo desde su *ex sistencia* en un borde del lenguaje que resulta de la represión. Una operación antiideológica es establecer, con reconocimiento, que existen dos direcciones en el lazo social, y que van de sujeto a sujeto.

Lo anterior, aclarando, no autoriza al neurótico al goce del cuerpo del psicótico. Se trata de retornar a la demanda de ayuda que pueda formular un psicótico frente a su sufrimiento, o a la demanda de sus familiares y deudos, frente al sufrimiento que les provoca “su alienación”. Frente a ello, se responde, por ahora, con el acceso a la demanda de saber, proscribiendo hasta nueva orden el acceso a las demandas de goce. Es decir, solamente partiendo del cuestionamiento al otro de su papel en la psicosis, es posible desestimar el dispositivo social que la genera, en el sentido de conjurar los múltiples prejuicios que cobijan al psicótico. Colette Soler (2007) habla de la rectificación del Otro, en el otro, pues la ideología es determinante en el lazo social.

La psicosis es una estructura, no una enfermedad, a no ser que consideremos al humano, como dice el psicoanalista argentino Marcelo Pérez, como el animal enfermo del lenguaje. Esto constituye el centro de la desactivación de la ideología de la psicosis como patología. Es inquietante ver que el Otro produce un real, históricamente hablando, que es el sujeto barrado. Se pasa de quemar brujas a la concepción de la histeria, como enfermedad, y hasta Freud, pasa a ser una estructura. Lo mismo sucede con el psicótico, que pasa de endemoniado o loco a enfermo mental en los tiempos de Pinel, y ahora sigue siendo considerado como trastornado en sus balances neurofisiológicos. No se le quema, se le dan fármacos para tenerlo controlado.

Al psicótico se lo margina de la Ley. Desde el Otro, la Constitución Nacional, no le otorga responsabilidad de sus actos. De allí que la locura sea... deseable. La contradicción es que se le reconocen derechos, sin deberes, pero, de todos modos, tampoco puede entrar a ejer-

cer el derecho. Una rectificación del Otro es establecer la ciudadanía para el psicótico, con todas sus implicaciones, si bien la forclusión impone intensas reflexiones sobre este aspecto. En el tratamiento clínico, pareciera que el cuerpo del psicótico es patrimonio del clínico: es un campo experimental de diversas técnicas y métodos. Empezar por la *des entificación* del psicótico, reconociendo una forma particular de subjetividad donde para el sujeto no hay alteridad, ni mediación simbólica con respecto a su cuerpo, a través del tratamiento clínico que introduce un lenguaje que reconoce a ese sujeto y lo corporiza a través de metáforas delirantes, es introducirse en la socialización con el psicótico. De modo sencillo: establecer un lenguaje con el psicótico, que es ya intensamente perturbador para este sujeto, requiere reconocerlo en tanto sujeto. En el tratamiento clínico, es crear una hiancia con respecto al empleado y funcionario. Dado que no se puede saltar al Otro, se puede esgrimir que no hay garantías del mismo.

El dispositivo puesto en juego a partir del Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis, ya prefigura un Otro. La amenaza latente es que el resultado mismo de la investigación genera otra forma de dominación; redundante en otra operación ideológica que ya ha tenido lugar muchas veces en el devenir de la clínica: el establecimiento de un *saber-verdad* que desemboca en otra mitificación y otra mistificación. Nada garantiza que los investigadores nos libremos de este destino, pero tenemos a favor la ética del psicoanálisis. En el fondo, más allá del psicoanálisis, está el psicoanálisis mismo, que en una sociedad de sordos aboga por escuchar lo que es equívoco o absurdo. En cuanto a la psicosis, plantea escuchar al que, por definición, dice solamente absurdos, enuncia delirios, y colocarlo en responsabilidad en tanto sujeto. En

el Sumapaz, en la práctica clínica, los psicólogos de la Fundación Universitaria Los Libertadores trabajan sobre esta base, que está circulando en el dispositivo. Hacer visible al sujeto más allá de las cifras, los informes, los formalismos. Una acción simbólica en lo real, palabras en acto fundantes por lo menos de nuevas relaciones con el psicótico. El real de la clínica es la enfermedad mental. El del psicoanálisis es el sujeto, de allí esta radical diferenciación.

La introducción de la palabra, a pesar de la forclusión, en los casos de psicosis, desmiente muchos mitos en cuanto a la brutalidad y agresividad del psicótico. Es notable el desarrollo de funciones intelectuales, y puede verse que muchos casos son de exceso de felicidad, intolerable para los demás. Como un avance clínico, puede decirse que el lazo social debe desenvolverse desde el establecimiento de un verdadero respeto por el psicótico en la sociedad: reconocer su particularidad. Atenuar la violencia del

principio de autoridad asociado al saber, que supone que el clínico sabe del malestar del usuario. Devolver así la responsabilidad al sujeto psicótico sobre el saber de sí, por así decirlo. Entrar en un nuevo lenguaje, donde se obtura el funcionalismo implícito en la clínica actual, donde se hace desaparecer al paciente para sustituirlo por el cliente o el usuario de un servicio. La clínica del sujeto implica que este aparece con pleno derecho en el dispositivo, y el que interviene en una escucha, empieza a ser una formación de ese sujeto. No desestimar la importancia del contenido del delirio, en tanto que están allí las claves de la significación de la historia del sujeto. Esto es, no retroceder ante la psicosis, pero, primero, no retroceder ante la neurosis obsesiva de que padece no solo la ciencia, sino el conglomerado social, lleno de “gente sana”, paradójicamente usuaria de los sistemas de salud, cuyo síntoma es el médico en el hogar.

Referencias

- Báez, J., Rodríguez, R., Velosa, J. & Karam, J. M. (2009a). *Resultados de la intervención desde el psicoanálisis en el problema de la psicosis y la inclusión social*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología.
- Báez, J., Rodríguez, R., Velosa, J. & Karam, J. M. (2009b). *Cuatro estudios de psicosis desde el psicoanálisis. Línea de investigación Psicosis y Psicoanálisis*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología.
- Báez, J., Rodríguez, R., Velosa, J. & Karam, J. M. (2010). *Análisis de resultados sobre el aporte del dispositivo analítico en casos de psicosis en una institución clínica*. (Inédito). Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Barou, J.-P. (1980). Michel Foucault y el ojo del poder. Entrevista. Teoría política. Enviado por Ciudad Política el 13/11/2002. Recuperado de <http://www.ciudadpolitica.com/modules/news/article.php?storyid=50>
- Berenguer, E. (s. f. a). *Las posiciones subjetivas en la clínica estructural*. Barcelona: Instituto de Altos Estudios Universitarios, Universidad de León. Módulo de uso restringido.
- Berenguer, E. (s. f. b). *Identidad, identificación y lazo social. La enseñanza de Lacan*. Barcelona: Instituto de Altos Estudios Universitarios, Universidad de León. Módulo de uso restringido.

- Briole, G. (2008). Sobre la holofrase. NOVDS. Mayo 17 de 2008. Barcelona: Seminario del Campo Freudiano. Recuperado de <http://www.scb-icf.net/nodus/261Holofrase.htm>
- Lacan, J. (1995). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis. 1955-1956*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1987). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 1964-1965*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Larsen, D. (2009). El lugar del saber en la práctica psicoanalítica. *Psikeba. Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales*. Buenos Aires: Daier. Recuperado de <http://www.psykeba.com.ar/articulos/DLsaber.htm>
- Rodríguez, R. (2007). Tramas de lo inconsciente: el delirio de la locura y la realidad. *Tesis Psicológica. Problemas e incertidumbres de la infancia, 2*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Rodríguez, R. (2009). El trastorno, la psicosis, la clínica y el psicoanálisis. *Tesis Psicológica, 4*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Soler, C. (2007). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.