



**Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Psicología**

**Trabajo Integrador Final**

**“ACONTECIMIENTOS DEL DECIR.  
El analista ante la urgencia subjetiva  
en casos de psicosis”**

**Modalidad de presentación: Ensayo**

**Autora:** Fontana, Karen Mailén

**Legajo:** F-5329/5

**DNI:** 38814466

**Docente responsable:** Mg. Zanón, Adriana

**2024**

*“La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar el análisis, sino en interrogar a los analistas, a fin de que den cuenta de aquello que su práctica tiene de azarosa, que justifique a Freud haber existido”.*

**Índice**

**Resumen** .....2  
**Introducción**.....3  
**Desarrollo**.....4  
    Una mirada a la urgencia .....4  
    Hacia una escucha posible: la urgencia desde el psicoanálisis  
    .....6 Urgencias subjetivas en un dispositivo de guardia  
    .....9 De un modo particular del decir: Urgencias  
    subjetivas en las psicosis .....10 El lugar del analista y un tratamiento  
    posible.....14  
**Consideraciones finales**.....18  
**Referencias bibliográficas:** .....20

## **Resumen**

El presente ensayo tiene por objetivo reflexionar sobre la posición del analista ante la urgencia subjetiva en casos de psicosis, en un dispositivo de guardia de hospital monovalente. Consideramos que es todo un desafío para el analista sostener una práctica, que se orienta por lo singular, en el interior de un dispositivo que tiende a lo universal. Como en una guardia cohabitan diversos discursos, se indaga sobre las nociones de emergencia y urgencia médica, que suelen ser tomadas, en algunos casos, como

sinónimos. En cuanto a la urgencia subjetiva, se toma como base teórica al psicoanálisis, y como punto de partida, se aborda esta categoría de análisis a partir de sus principales referentes: Sigmund Freud y Jacques Lacan. Dicho recorrido nos permite analizar las particularidades que presenta una guardia y reflexionar sobre el hacer y la especificidad del lugar del analista en la misma. Respecto a los casos de psicosis, se indaga sobre las particularidades que adquiere aquí las urgencias y el abordaje posible del analista, así

como los diversos lugares a los que puede ser convocado. Finalmente, se concluye que la posición del analista va dirigida a ubicar la relación que tiene un sujeto con su padecimiento, con el fin de que pueda el sujeto reconocerse en eso que se le aparece como ajeno. El analista suscita una pregunta por ese padecimiento, con el fin de hacer emerger algo del sujeto. Sin embargo, aquí el deseo del analista juega un papel fundamental.

### **Palabras clave**

Urgencia subjetiva - Guardia - Psicosis - Analista

2

### **Introducción**

El presente Trabajo Integrador Final se propone reflexionar sobre el lugar que ocupa el analista en el abordaje de la urgencia subjetiva, en casos de psicosis, en una guardia de hospital monovalente. Se considera de relevancia esta indagación debido a que nos habilita a pensar acerca de las particularidades del hacer propio del analista, al interior de un dispositivo regido por lógicas universales. Creemos que sostener este interrogante en un ámbito que se caracteriza por la diversidad de discursos, en donde la medicina ocupa un lugar central, es todo un desafío para el analista.

A su vez, sostenemos que la guardia, en tanto dispositivo hospitalario, es por excelencia el lugar en donde la urgencia se presenta. La prisa recorre los pasillos atravesando no solamente a quien consulta, sino también a los profesionales que trabajan en la institución. La urgencia reclama una respuesta inmediata, una solución a lo que le

acontece a cada sujeto. De modo que, observamos que la dimensión del tiempo adquiere un lugar central en esta temática. Tal como sostiene Inés Sotelo (2007) se suele exigir una resolución rápida y efectiva, sin errores, con el fin de que la urgencia desaparezca por completo.

Sin embargo, creemos que, ante esta falta apremiante de tiempo, nuestro interrogante adquiere gran importancia. El analista ¿debe consentir la demanda desesperada del sujeto? ¿Cómo pensamos un abordaje posible frente a la urgencia en casos de psicosis? En función de este problema, y como motor para emprender la escritura, partimos de la premisa de que la posición del analista ante una urgencia subjetiva en casos de psicosis va dirigida a ubicar la relación que tiene un sujeto con su padecimiento. El analista suscita una pregunta por ese padecimiento, con el fin de hacer emerger algo del sujeto, y así, subjetivar la urgencia.

De esta manera, en el presente ensayo se busca desplegar el eje temático mencionado desde una perspectiva psicoanalítica. Para ello, creemos necesario comenzar indagando sobre las diversas concepciones de urgencia, pertenecientes a la clínica de la mirada para pasar a la clínica de la escucha de un testimonio singular. Sostenemos que entender cuáles son las nociones con las que trabaja dicho campo y las posibles respuestas que desde allí se desprenden, nos sirve para delimitar lo que es propio en el hacer del analista.

Con el propósito de indagar sobre lo que se entiende por urgencias desde el psicoanálisis, consideramos interesante rastrear esta categoría de análisis tanto en los aportes de Sigmund Freud, como en los de Jacques Lacan. De esta forma, buscamos repensar qué sucede en el interior de una guardia y cuál es el lugar específico de lo que llamamos urgencias subjetivas.

Al mismo tiempo, consideramos que, en las psicosis, la aparición de la urgencia presenta ciertas particularidades que merece la pena reflexionar. En este punto, nos parece importante no partir de una concepción deficitaria de la misma. Leibson (2020) sostiene que las psicosis suelen ser pensadas de modo mecanicista y organicista, a través del “no hay”: “en la psicosis no hay inconsciente, no hay síntoma, no hay deseo, no hay fantasma, no hay sujeto. Por lo tanto, tampoco hay transferencia (un extraño retorno a Freud) y mucho menos, una función eficaz de la interpretación” (p. 16). Es por esto que, a lo largo de este escrito, nos distanciamos de esta posición, ya que creemos que la lectura que se haga de las psicosis incide de manera directa en su abordaje. Por lo tanto, para pensar en un lugar posible para el analista, partimos de la idea de que las psicosis son un modo particular del decir, y en tanto tal, una forma de normalidad (Leibson 2020).

## Desarrollo

### Una mirada a la urgencia

Al momento de ahondar en una problemática tan compleja como la de las urgencias subjetivas consideramos pertinente comenzar por definir qué es una urgencia. A su vez, creemos que es acertado diferenciar esta categoría de análisis de otras que suelen ser tomadas, en algunos casos, como sinónimos. Por ejemplo, lo que se entiende por emergencia o urgencia en el ámbito médico.

La Organización Mundial de la Salud, en el documento *Marco de Respuestas a Emergencias*, sostiene que “las emergencias pueden ser el resultado de desastres naturales, conflictos, brotes de enfermedades, contaminación de alimentos o derrames

químicos o radio nucleares, entre otros peligros” (2013, p. 7). A su vez, la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de Argentina sostiene que “Una emergencia es un incidente en la salud de una persona que puede llevarla a la muerte en forma inmediata y que siempre requerirá atención básica y avanzada. Las causas son múltiples y variadas” (2016, p. 6). Podemos reflexionar, a partir de ambas citas, que el concepto de emergencia implica un encuadre que responde a la realidad material objetiva e involucra un riesgo inminente de muerte. Esta diferenciación nos parece pertinente ya que dicha definición se posiciona en un encuadre técnico distinto al que se puede abordar desde el psicoanálisis.

Con respecto a lo que entendemos por urgencia, no debemos perder de vista que es un concepto que se origina en el ámbito médico, y que Inés Sotelo (2015), en su libro *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas*, sostiene que se define por la aparición siempre imprevista o inesperada de un problema cuya causa se caracteriza por ser diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte quien lo padece o de su entorno familiar. Así mismo, la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (2016) del Ministerio de Salud de Argentina considera que, si bien no implica un riesgo inmediato de muerte, es una situación apremiante que requiere de una adecuada atención en un centro de salud con el fin de evitar complicaciones posteriores. Es decir, que dicha consulta aparece sin cita previa y tiene prisa por resolverse.

Ahora bien, si nos preguntamos exclusivamente por lo que implica el significado de urgencia en el ámbito de la salud mental, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, nos brinda la siguiente definición:

Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013, p. 8)

Apoyada en una perspectiva que aspira a superar el enfoque monodisciplinario tradicional, la Ley Nacional de Salud Mental propone que las situaciones de urgencia en salud mental deben ser abordadas mediante un equipo interdisciplinario que integran los servicios de salud, tanto públicos como privados, en todo el territorio nacional.

4

Consideramos que la importancia de un trabajo interdisciplinario en estas situaciones deriva en que, el abordaje no puede ser abarcado por una sola disciplina o saber en forma independiente o fragmentario. De lo contrario, estaríamos yendo en contra de los derechos adquiridos por los usuarios de salud mental.

Sin embargo, creemos que sostener la importancia de un trabajo interdisciplinario no implica dejar de lado la pregunta sobre la posición específica que en este caso nos interpela, es decir, la posición del analista, del psicoanalista, del clínico. Es por eso que nuestra intención es seguir delimitando lo que entendemos por urgencia. Y como sabemos que dentro del campo de la Salud Mental convergen distintos discursos que intentan dar solución a este modo de presentación del sufrimiento subjetivo, nos surge la pregunta acerca de ¿cómo se entiende la urgencia desde el campo de discurso de la psiquiatría?

Una de las respuestas posibles a esta pregunta la brinda Sotelo, al decir que la psiquiatría define a la urgencia como “la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en alto grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata.” (2015, p. 66). A su vez, podemos observar como la urgencia psiquiátrica implica características y nosografías que son propias a su campo, donde un diagnóstico responde sistemáticamente a un protocolo preciso de maniobras y cuidados. Esto lo podemos ver reflejado en el famoso *Tratado de psiquiatría* de Ey, Bernard y Brisset (1978) quienes realizaron una descripción exhaustiva acerca de las características generales y los factores desencadenantes de una urgencia psiquiátrica. También clasifican las posibles presentaciones de las mismas, en cuadros de: crisis de agitación aguda, crisis depresivas agudas, intentos de suicidios y crisis de angustia neuropática aguda.

Podemos decir entonces que, la urgencia en el campo de la medicina queda definida en relación al cuerpo biológico y al vector temporal, cuya intervención va por el lado de brindarle atención a un paciente que llega con una crisis, la cual, luego de estabilizarse, dejaría por resultado una entidad psicopatológica.

La manera que la psiquiatría tiene de abordar la urgencia responde a una forma determinada de tratar el signo -propia de la clínica de la mirada- como sostiene el psicoanalista Guy Le Gaufey en *Una clínica sin mucho de realidad*. Según este autor, dicha clínica entra enteramente en la definición clásica del signo, que se define como “un signo es lo que representa algo para alguien” (2004, p. 1). Para la clínica médica el síntoma es signo de enfermedad, de que algo en el cuerpo del paciente no anda bien. Por lo tanto, podemos pensar que uno de los objetivos que tienen los profesionales que trabajan en este campo es develar qué es lo que hay detrás del signo y cuál es su relación con el organismo propiamente dicho. Cifrando esto entonces, bajo un nombre que pertenece a una nosografía.

Le Gaufey (2004) sostiene que, el clínico es aquel que se guía por la búsqueda de la verdad, aquella que está directamente conectada con la realidad. Realidad en el sentido de que estos signos clínicos son, efectivamente, expresión de ella. Es decir, desde este punto de vista, consideramos que una urgencia se presenta bajo una serie de signos que en el fondo implican una verdad que el psiquiatra debe poder descifrar. Signos que, dentro del campo de la mirada, son llamados conmemorativos por este autor, haciendo referencia a cuando un signo ha sido asociado a una cosa y ante su ausencia la conmemora.

Ahora bien, hasta el momento tenemos elementos suficientes para considerar que, en el psicoanálisis, el abordaje de la urgencia se diferencia notablemente de la clínica de la mirada, sobre todo en su modo particular del tratamiento del signo. Sostiene además Le Gaufey, quien nos dice: “La aproximación clínica se apoya en una política semiótica, en

5

profundo acuerdo con la concepción clásica del signo, mientras que el psicoanálisis es mucho más ambiguo en este asunto” (2004, p. 255). Ambigüedad que fue considerada en sus inicios por Sigmund Freud, cuando pudo observar que entre el algo y el signo hay un espacio que no se puede llenar con la realidad. Por esto, el psicoanálisis es una clínica sin mucho de realidad.

Si anteriormente consideramos que, para el campo de la mirada la presentación de una urgencia es a través de la concepción de signos conmemorativos, para el campo de la escucha según Le Gaufey (2004), corresponde al terreno de los signos de indicación. Estos designan por su naturaleza y constitución -aquello de lo que son signos- en tanto que no han sido asociados a algo con anterioridad. A nuestro entender, estos

signos son índice de otra realidad, sin que esta se presente como obvia. Por lo tanto, esto nos brinda una primera pista en relación a la posición del analista frente a la urgencia, ya que de lo que se trata, en primera instancia, es de construir este signo que aparece como enigmático. Construirlo junto al sujeto que se presenta con su urgencia, porque el abordaje implica un tratamiento particular del mismo. De esta forma nos alejamos de la clínica de la mirada, donde un signo está asociado a un saber predeterminado.

Justamente, el concepto de *primeidad* que propone dicho autor, noción a su vez tomada de Charles Peirce para considerar un lado del signo, desafía la razón, ya que plantea la necesidad de darse algo que no tenga nada que ver con nada, algo incomprendible.

Aquí ya no se trata de construir un sentido, o de encerrar a cualquiera significación, sino de arreglárselas de tal manera que uno pueda quedarse a la espera, sufriendo el hecho de que, precisamente, el sentido no se dé, no se encuentre, y aun a veces que se rehúse tercamente durante un largo tiempo (Le Gaufey, 2004, p. 12)

De esta manera, consideramos que en función de cómo interpretamos el signo vamos a tener determinada noción de la posición del analista -la que no está dada solamente por el signo- pero es un modo de empezar a pensar acerca de qué implica esa posición frente a la urgencia.

Por último, consideramos que, en el recorrido de las diversas concepciones de emergencia, urgencia médica y urgencia psiquiátrica, más allá de sus diferencias y particularidades, todas comparten un punto en común: la necesidad de una respuesta inmediata. Respuesta que proviene de la urgencia misma, la cual no requiere una cita previa a una institución, sino que está tomada justamente por la falta de tiempo. A partir de aquí nos surge el siguiente interrogante: ¿Qué concepción tiene el psicoanálisis de la urgencia?

### Hacia una escucha posible: la urgencia desde el psicoanálisis

Si bien Sigmund Freud no hace mención del concepto de urgencia en cuanto tal, a lo largo de su obra podemos encontrar algunas referencias que nos sirven para pensar dicha noción.

Encontramos una aproximación en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* (2017), donde desarrolla la vivencia de satisfacción y, destaca el aporte de la función materna, designándola asistencia ajena. Freud (2017) describe una situación de urgencia del lado orgánico, y sostiene que el alivio de dicha tensión interna, provocada por la

6  
necesidad, sólo es alcanzada por una acción específica que el organismo es incapaz de llevar a cabo, debido al inicial desvalimiento del ser humano. Ninguna descarga interna agota la tensión, es decir que, Freud marca como necesaria, una intervención ajena al sujeto, la cual a su vez debe ser específica e inmediata y con la cual se obtendrá el resultado de un apaciguamiento de aquello que causó displacer. La vivencia sería ese encuentro-desencuentro mítico entre el orden de la naturaleza y la cultura, que en el humano va a inaugurar tanto al deseo en el aparato psíquico como el territorio pulsional del cuerpo erótico (Freud 2017).

A su vez, consideramos pertinente tener en cuenta otro desarrollo freudiano que

atraviesa su obra y nos acerca un poco más a lo que entendemos por urgencia en el psicoanálisis. Esta noción es la del *trauma*, cuyo significado se ha ido modificando a lo largo de su obra. En *Estudios sobre la histeria*, Freud (2017) plantea la noción de trauma, como un exceso de excitación imposible de tramitar. Manifiesta allí que esto está relacionado a un sobresalto, a una situación que provoca una falla en la respuesta del aparato psíquico, donde este se queda sin recursos para poder regular esta excitación, existiendo un fracaso para restablecer el funcionamiento de lo que Freud llama el principio de placer. El trauma entonces aparece como un acontecimiento que irrumpe la vida del sujeto y requiere tener en cuenta algunas particularidades, como por ejemplo su naturaleza, que impida una abreacción completa, la situación en la que se encuentre el sujeto en ese momento, circunstancias sociales, y en especial, el conflicto psíquico que le impide elaborar dicha experiencia en su aparato psíquico. En esos tiempos inaugurales del psicoanálisis, el trauma es sexual y acontece en la infancia (Freud 2017).

Posteriormente, en *Más allá del principio de placer*, Freud (2017) desarrolla una noción de trauma que no implica necesariamente un episodio o acontecimiento, sino que refiere directamente a cuestiones internas de la propia estructura, ligado a la exigencia pulsional, específicamente a la pulsión de muerte. En este escrito se sirve metafóricamente del famoso modelo de la vesícula y la barrera anti-estímulos. Para el organismo vivo, la tarea de protegerse contra los estímulos es igual o más importante que la de recibirlos, por lo tanto, dicha barrera tiene como función filtrar los volúmenes del estímulo evitando que sobrepasen cierto umbral. De esta forma, llama traumáticas a las excitaciones que tienen suficiente fuerza como para perforar la protección anti-estímulo. En consecuencia, la experiencia traumática provoca una perturbación en la economía energética del aparato anímico, por lo que en un primer momento el principio de placer queda abolido, provocando una suerte de agotamiento de las respuestas del sujeto (Freud 2017).

De lo expuesto con relación al campo freudiano podemos concluir que, si bien no introduce el término urgencia en su obra, nos referimos a esta en analogía, por un lado, a sus aportes en relación a la vivencia de satisfacción, entendiendo a ésta como un “modelo mítico” en donde se presenta una situación de urgencia de la cual requiere una intervención externa para que esta desaparezca momentáneamente. Y, por otro lado, la noción de trauma que en un primer momento estuvo asociada a acontecimientos de materialidad efectiva, sexual e infantil; y posteriormente a cuestiones propias del aparato psíquico, ligada a la exigencia pulsional.

Ahora bien, si tomamos a otro gran referente en psicoanálisis, Jacques Lacan, podemos ver que en *Función y campo de la palabra y del lenguaje* hace una mención a la urgencia cuando sostiene que: “nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento de la palabra, pero nada también que no se haga en ella contingente” (2009, p. 235). Este aporte nos resulta interesante ya que observamos, tomando distancia de las concepciones que venimos trabajando en el

7

apartado anterior, una forma diferente y novedosa de hablar sobre la urgencia, que hacen a la especificidad de la posición del analista, la cual tiene que ver con la palabra dicha en transferencia, ese amor real hacia el psicoanalista.

Lacan (2009) deja esto en claro cuando hace referencia a que, la palabra del paciente, es el *médium* que tiene el psicoanálisis. Por lo tanto, consideramos que es en y por la palabra donde la urgencia se presenta. Desde dicha perspectiva, la podemos pensar como un quiebre en el discurso o pérdida de la cadena significativa. A partir de la escucha se busca calcular en qué momento ocurre la ruptura del sujeto con la cadena

significante, es decir, se trata de ubicar en el discurso o en el silencio del paciente el origen de su crisis. En consecuencia, sostenemos que el psicoanálisis en la urgencia parte del sujeto como efecto de lo simbólico, sujetado al lenguaje, atrapado en la palabra (Belaga, 2006).

Cuando decimos sujeto, no se trata del yo, ni de la personalidad, ni del individuo, se trata del sujeto que es tal por estar apresado, atado, sujetado a la estructura del lenguaje: "el hombre crece tan inmerso en un baño de lenguaje como inmerso en el medio llamado natural" (Lacan, 2009, p. 38). El sujeto que plantea el psicoanálisis no se puede pensar sin la dimensión del Otro, ya que es ese lugar del Otro el que permite situar al sujeto. Esto lo podemos encontrar en *El seminario II, El yo en la teoría de Freud y la técnica psicoanalítica* de Lacan (1986), cuando presenta el esquema Lambda y sostiene que se trata del sujeto no en su totalidad, sino en su apertura a la dialéctica con el Otro. Tener en cuenta la dimensión del sujeto es primordial para pensar la especificidad del psicoanálisis en el abordaje de la urgencia, ya que esta concepción implica que el sujeto cuando habla no sabe lo que dice, ni tiene todas las respuestas acerca de lo que le acontece.

En consonancia con esto, Sotelo expresa en su libro *Perspectivas de la clínica de la urgencia* que, "la localización de la urgencia es un hecho de discurso -además añade algo fundamental- depende del lector, del intérprete" (2009, p. 124). De esta forma consideramos primordial, para ir situando la posición del analista, no olvidar una advertencia que Lacan (2009) realiza en *Función y campo de la palabra y del lenguaje*. Sostiene que la palabra en tanto tal porta un vacío, es decir, en la medida en que se dice, hace oír un vacío constituyente de la palabra misma, y en efecto, el que está en el lugar de oyente experimentará dicho vacío. Si quien está en esta posición ignora que la función de la palabra se trata de un llamado, más experimentará en sí mismo dicho vacío. Como consecuencia, intentará llenarlo de cualquier manera haciendo que la palabra confiese. Esto nos parece importante de tener en cuenta a la hora de pensar la urgencia desde el psicoanálisis para que justamente el abordaje de la misma no se torne una práctica inquisitorial. Entendemos que el analista frente a la urgencia deberá soportar el enigma que la misma palabra porta, hasta que ese enigma se esclarezca, ya que la palabra, como sostiene Lacan en el *Seminario I, Los escritos técnicos de Freud* (2006), se confiesa por sí misma.

Por último, nos parece interesante puntualizar con Lacan (2009) en *Del sujeto por fin cuestionado*: "por lo menos ahora podemos contentarnos con que mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a ciertas urgencias subjetivas..." (p. 229). A partir de aquí surgen algunos interrogantes que nos invitan a seguir reflexionando: ¿Qué implica en el psicoanálisis el adjetivo que acompaña a la palabra urgencia? ¿Cuál será la posición del analista frente a estas urgencias subjetivas en un dispositivo de guardia?

### Urgencias subjetivas en un dispositivo de guardia

El recorrido realizado por la noción de urgencias desde una perspectiva psicoanalítica permite preguntarnos por el hacer y la especificidad del propio lugar al interior de un dispositivo como la guardia. Dispositivo que, en principio, se presenta como ajeno a la práctica del psicoanálisis.

De esta manera, creemos pertinente definir a la guardia como “un dispositivo institucional creado para dar respuesta a las situaciones de urgencia. El diccionario define a un “Dispositivo” como: mecanismo que se utiliza para obtener un resultado automático” (Sotelo, 2009, p. 128). Por lo tanto, podemos sostener que, la organización de la guardia se caracteriza por la elaboración de respuestas más o menos automáticas frente a cada consulta, con el fin de resolver situaciones de urgencia.

En este marco, sostenemos que, en dicho dispositivo, lo que ordena el modo de funcionamiento y la forma de brindar respuesta es la concepción médica de la urgencia (Sotelo 2009). Es decir, aquello que la medicina define y entiende por urgente es lo que lo que rige en los intercambios y le da su fisonomía a la guardia de un hospital monovalente.

Si bien concordamos con esta idea, nos resulta pertinente tener en cuenta que en la actualidad la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 propone un trabajo interdisciplinario en el abordaje de la misma. Por lo tanto, los modos de entender y abordar la urgencia dependen de la formación que cada profesional tenga y de cómo esto se pone en juego a la hora de elaborar estrategias en conjunto.

Sin embargo, consideramos que es todo un desafío para el analista pensar en sostener una práctica, que se orienta por lo singular, en el interior de un dispositivo como la guardia. Dispositivo que, al igual que todo lo institucional, tiende a funcionar para todos por igual. En donde podemos observar una tendencia a generalizar no solo las modalidades de presentación del sufrimiento, sino también las respuestas para su solución (Sotelo, 2009).

Hoy en día, la guardia cuenta con una pluralidad de recursos, que son herramientas disponibles, de las cuales los profesionales pueden hacer uso para la resolución de urgencias. Por ejemplo, contención farmacológica, internación, evaluación médica, entre otros. Ahora bien, lo que le otorga su significación y su razón de ser proviene del propósito para el cual son utilizados y el fin al que se destinan. De este modo, un mismo recurso puede ser utilizado para silenciar o para hacer hablar esto que irrumpe en la vida del sujeto (Sotelo 2009).

En dichos dispositivos, es habitual que quienes acudan lleguen más cerca de la acción que de la palabra. Cortes, ingestas tóxicas, fugas, golpes, son ejemplos de aquello que queda por fuera del discurso del paciente. No obstante, para el analista, estas acciones 'hablan', aunque al comienzo no podamos discernir cuál es el mensaje que intentan transmitir (Sotelo, 2007).

De este modo, consideramos que no podemos hablar de urgencias subjetivas sin tener presente el lugar del analista frente a la misma. Al respecto, Sotelo (2005) en *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* es muy contundente al sostener que para que una urgencia pase a ser subjetiva debemos tener en cuenta como ésta toma forma a través del encuentro con un analista y sus efectos. “La presencia del analista, su intervención, posibilita el pasaje a la urgencia subjetiva que la diferencia de la emergencia psiquiátrica con su presentación estandarizada en los manuales” (Sotelo, 2007, p. 24).

Si tenemos en cuenta, como mencionamos anteriormente, que la urgencia implica un punto de ruptura en la vida del sujeto, de lo que se tratará es que pueda subjetivar su

padecimiento, hacerlo suyo. En relación a esto, Jacques-Alain Miller (2006) en *Introducción al método psicoanalítico* sostiene que uno de los niveles de la práctica analítica es la evaluación clínica, llamada por él *avaluación*.

La primera avaluación es hecha por el paciente, es él el que primero avala su síntoma. Él

llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-avaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa auto-avaluación (Miller, 2006, p. 17)

En consonancia con ello, podemos pensar que la avaluación es lo que une la evaluación con el aval del paciente sobre lo que irrumpe en su vida. Esa auto-avaluación es lo que se necesita para pasar a hablar de urgencias subjetivas. Es lo que el sujeto puede decir sobre lo que le sucede. Para esto será necesario la intervención de un psicoanalista que pueda proponer un tiempo ante esto que aparece como urgente. Un tiempo en el cual el sujeto pueda avalar su propia posición sufriente y pueda reconocerse en eso que se le aparece como ajeno (Sotelo 2007).

Lacan en *L'Étourdit* lo formula en sus términos cuando sostiene “Que se diga queda olvidado tras lo que se dice en lo que se escucha” (1984, p. 1). El sujeto en tanto habla, está dividido entre lo que quiere decir y lo que efectivamente dice. Consideramos que hay un *decir*, incluso detrás de eso que se presenta como urgente. Por lo tanto, la posición del analista frente a la urgencia es, a su vez, la posición frente al decir.

En este marco es que podemos, con respecto al decir, pensar allí la posibilidad de la emergencia de un sujeto, aún en una consulta de guardia. “La emergencia del sujeto es relativa al alivio y la responsabilidad del sujeto en tanto está implicado en el acto de la palabra” (Paola, 2008, p. 42).

Ahora bien, Sotelo (2005) sostiene que la posición del analista en la urgencia será la de ofrecer la escucha con el fin de que el pedido del sujeto, que llega a una guardia, se transforme en una demanda. Sin embargo, surgen aquí algunas incógnitas: ¿Qué particularidades presenta la urgencia cuando se anticipa en el sujeto una respuesta que excluye la posibilidad de una demanda? En estos casos, ¿podríamos hablar igualmente de urgencias subjetivas?

### De un modo particular del decir: Urgencias subjetivas en las psicosis

En la urgencia vemos a un sujeto enfrentado a sus bordes. Un sujeto, definido siempre en relación a un Otro cuya estructura significante se presenta, en estos casos, desarticulado de esa cadena. Sin embargo, nos parece fundamental no perder de vista que hay diferentes modos en que la urgencia se presenta. Por un lado, la encontramos en relación a la vacilación fantasmática en la neurosis. Por el otro, la podemos situar respecto al desencadenamiento y desestabilización en la psicosis (Bialer et al. 1989). Es esta última forma de presentación la que aquí nos compete y, lo más importante, se trata de pluralizar: las neurosis y las psicosis, ya que el decir es singular, es el decir de cada quien. Si anteriormente consideramos que la urgencia es un hecho de discurso, nos parece pertinente abordar a las psicosis en el registro en que aparece: el de la palabra. Esta lectura es posible gracias al recorrido que Lacan (1992) realiza en *El Seminario III, Las Psicosis*. Allí parte del discurso del sujeto, enfocándose en la relación de éste con el significante, la cual se encuentra perturbada.

De este modo, podemos situar dicha alteración como consecuencia del mecanismo

que entra en juego en las psicosis: la *Verwerfung*. Esto implica la *forclusión* de un significante, no cualquiera, sino del significante primordial, el cual aquí no es admitido, el cual es rechazado del orden simbólico. Tal significante es esencial, porque es el que permite que se organice la cadena de significantes, inscribiendo la legalidad simbólica y operando como regulador de un campo determinado de significaciones. Lo que ocurre en

las psicosis es que, tal significante se encuentra rechazado en el registro de lo simbólico, es decir, no fue simbolizado, entonces allí hay un agujero o una falta a nivel del significante, lo cual implica una ausencia irreparable en ese nivel. Esta falta del significante primordial es lo que lleva a que todo el conjunto/cadena del significante esté perturbado (Lacan 1992). Aun así, es importante señalar que, por más que el sujeto se constituya en forclusión, eso no implica de por sí un desencadenamiento de la crisis psicótica. Esta se produce cuando el sujeto se encuentra en lo real con un significante en tanto tal con el que no cuenta en su estructura, cuando se confronta con dicha falta, dicho agujero. En este momento, emerge en lo real una significación enorme que no remite a nada, ya que nunca entró en el sistema de la simbolización, pero es una significación esencial que afecta al sujeto. Cuando irrumpen lo no simbolizado en lo real, el sujeto queda desconcertado, inerte producto de esa imposibilidad de integrarlo al orden simbólico. En tanto no puede responder en el registro de lo simbólico, la respuesta que elaborará es a nivel imaginario (Lacan 1992). De esta manera podemos situar que, en casos de psicosis, la urgencia puede implicar la presencia de ciertos fenómenos tales como alucinaciones o delirios, producto del retorno en el registro de lo real, de lo no simbolizado.

Ahora bien, consideramos importante tener en cuenta que, si reducimos las psicosis solamente al mecanismo de la forclusión, perderemos de vista el recorrido que Lacan plantea en dicha transmisión oral. El problema que consideramos está presente es que, no es sencillo -clínicamente- separar neurosis de psicosis, por eso nos resulta interesante considerar cómo se presenta el sujeto aquí. Como sostiene Miller (1985) en su artículo *Esquizofrenia y Paranoia*, no podemos estudiar las psicosis sin introducir la función del sujeto, en tanto introducirla implica que no se puede tratar la cuestión en términos de déficit.

Al igual que sostiene Lacan (1992), en las psicosis hay sujeto, y ese sujeto puede ser planteado porque habla. Sin embargo, ciertos fenómenos elementales (por ejemplo, la alucinación) nos muestra al sujeto de una manera particular: está totalmente identificado a su yo con el que habla. Si tenemos en cuenta el esquema lambda que Lacan propone en este Seminario, podemos ver que el sujeto queda justamente en el vector de doble, del semejante (el otro imaginario). No obstante, esta particularidad no le permite decir que no hay sujeto. No podríamos determinar que no hay sujeto en las psicosis, porque el sujeto se determina a partir de que toma la palabra, y que, tomando la palabra, plantea que hay otro en juego, alteridad.

Entonces, no podemos perder de vista que cuando Lacan (1986), en *El Seminario II*, habla de sujeto, introduce un campo de alteridad. Entre el nivel del *fides* y la capacidad del significante de mentir con la verdad, se instala un campo de alteridad que le permite fundarse como sujeto, saliendo de la rivalidad imaginaria yo-tú. Sin embargo, la cuestión enunciativa en la paranoia especialmente, pone en juego este desdoblamiento entre el sujeto y el yo, de una manera tal, donde lo que sufre alteración es el modo de tratamiento de la alteridad. Lacan (1992) sostiene que hay un aplastamiento de la función de la alteridad en el vector simbólico. En este punto pareciera que hay una contradicción: porque por un lado sostenemos que en tanto el sujeto habla hay un Otro, a su vez, en el discurso paranoico hablamos de una especie de exclusión del Otro. En relación a esto consideramos que lo que aparece como contradicción sería interesante no leerlo como antinomia.

Si tenemos en cuenta que la alteridad siempre instituye un punto en donde la posición está determinada por el lugar desde el cual es sancionada por el Otro, podemos

ver que en las psicosis, el Otro no funciona como alteridad sino por alusión. La alusión sostiene la ilusión de que hay comunicación con el Otro, ilusión de que habría otro que responde. Es "ilusión" porque no hay Otro que responda, en tanto dicho Otro no está barrado. Cuando al sujeto en las psicosis "le hablan" está sosteniendo la misma ilusión que sostiene el neurótico desde el inconsciente. Al funcionar por alusión y no como alteridad, no estaría en juego el punto por el cual el sujeto hablando es reconocido en un Otro (Lacan 1992).

Otra cuestión que nos parece interesante tener en cuenta es que, el sujeto en las psicosis se las arregla bajo una modalidad donde el Otro no se constituye como enigma. En las neurosis, dicho enigma es lo que lleva al sujeto a estar permanentemente inventando una versión del Otro, porque el Otro tiene un vacío. Lo que le retorna del Otro no es más que un punto de vacío que opera como causa de su invención. Se sostiene la pregunta por el deseo del Otro, vía el fantasma, que también se estructura como respuesta, pero siempre vacilante. Lacan (1992) sitúa que las neurosis tienen una estructura de pregunta -pregunta por el plano de su ser- mientras que, en las psicosis la respuesta se le anticipa. En relación a esta última, no encontramos un punto enigmático en el Otro, no porque no esté, sino que no hay un punto enigmático que se sostenga como tal, que permita que el sujeto tenga que inventar allí. Lo que podemos leer como invención en las psicosis no es más que el modo en el cual el psicótico da testimonio de aquello que el Otro inventó por él. Lo que hay es una respuesta, la cual podemos situar, por un lado, en relación a la vacilación enunciativa del sujeto, y por otro lado, por la vía de la certeza.

Ahora bien, el sujeto en las psicosis no recibe su mensaje de forma invertida, sino que hay una alteridad imaginaria que le devuelve su propio mensaje en forma directa. Por esto mismo es que podemos hablar del punto de vacilación respecto al lugar desde el cual enunciativamente, el sujeto dice lo que dice. En otras palabras, queda confundida la posición del sujeto con la alteridad imaginaria, la que por estar imaginaria no supone un punto de separación. De hecho, el movimiento de oscilación entre el lugar del otro y el lugar del sujeto justamente es lo que le permite a Lacan en los años 1955-1956 plantear tan tempranamente en su transmisión oral que, allí hay un sujeto en juego.

Sin embargo, el punto de vacilación en las psicosis es importante sostenerlo aun en la modalidad de lo que Lacan plantea como certeza delirante. En el fenómeno psicótico, la certeza implica un saber que es verdad. Mucho mejor, que funciona para él como verdad. "A diferencia del sujeto normal para quien la realidad está bien ubicada, él tiene una certeza: y es que, lo que está en juego -desde la alucinación hasta la interpretación- le concierne" (Lacan 1992, p. 110). Lo que Lacan ubica como certeza delirante no es lo que del otro le retorna en términos de signo, inequívoco. De lo contrario, la certeza está en relación a cómo eso toca al sujeto, cómo eso le concierne. Él se transforma en destinatario de lo que padece. No se trata de una pregunta, sino de una respuesta que se le anticipa antes de que la pregunta llegue a formularse.

Leonardo Leibson y Julio Lutzky (2020) sostienen que aquí el sujeto queda por fuera del fenómeno, no se implica en él. En la urgencia podemos ver como la certeza se presenta en los fenómenos en relación al cuerpo que padece quien llega a una guardia. El cuerpo en las psicosis es un cuerpo indómito, muchas veces ocupado por presencias poco amistosas, cuando no directamente hostiles. Se trata de un cuerpo que está siempre bajo amenaza, persecución o invasión. Muchas veces puede no saber qué le sucede, pero tiene la certeza de que esos fenómenos le conciernen.

una certeza queda totalmente objetivado, es decir, en posición de objeto del otro. Sin embargo, nos parece importante considerar que transformarse en destinatario no implica abolir su posición como sujeto. Por ejemplo, en relación al cuerpo, la persecución y la posesión son dos modos de relación con ese Otro que goza amenazando constantemente. Pero en ambos casos, por más avasallante que sea su presencia, como sostienen Leibson y Lutzky, “no deja de recortarse una posibilidad de interrogar, no al goce como tal, ni tampoco exactamente a ese Otro, pero sí al modo que eso goza allí” (2020, p. 146). De esta forma, podríamos pensar que hay algo allí que resiste en tanto suponemos, en las psicosis, un sujeto que pueda poner en palabras lo que padece.

Por lo tanto, si la posición del psicótico es ser solamente el objeto del Otro, en este punto se puede conservar el movimiento de vacilación enunciativa que Lacan (1992) sitúa al principio de *El Seminario III*. No son cuestiones excluyentes. Decir que aquello que le retorna en lo real de lo no simbolizado le concierne, es decir, que él se transforma en el destinatario de esto, no implica que ahí no haya sujeto, no implica solamente la objetivación del sujeto.

De lo expuesto en relación a las psicosis, sostenemos que es fundamental considerar estas cuestiones a la hora de abordar una urgencia subjetiva en estos casos. Creemos que lo que el sujeto pueda decir sobre lo que le sucede implica, por un lado, la certeza de que eso le concierne, pero también la presencia de puntos de vacilación en su discurso, que permiten situarlo en tanto sujeto.

Ahora bien, los casos de psicosis nos ubican de lleno sobre quien sanciona la urgencia. “Es muy frecuente que el paciente llegue a una guardia traído por la familia o por una denuncia policial” (Sotelo, 2009, p. 176). En estos casos ya ha sido sancionada la urgencia, siendo que ésta puede depositarse en diferentes actores. Sin embargo, sostenemos que es fundamental en estos casos indagar qué es lo que el sujeto en cuestión tiene para decir. Lo que nos interesa es plantear al sujeto en función de la experiencia que va a testimoniar.

El testimonio tiene un lugar central en la urgencia subjetiva, en cualquiera de sus modalidades de presentación. En las neurosis podemos hablar de testimonio en tanto el sujeto es testigo de la existencia del inconsciente. Por lo tanto, consiste en un testimonio encubierto, camuflado, que, en un dispositivo de guardia se tratará de abordar mediante su desciframiento.

En cambio, Lacan (1992) afirma que “el psicótico es un mártir del inconsciente” (p. 190). El sentido que le atribuye al término mártir es el de ser un testigo, tratándose de un testimonio abierto -en tanto su inconsciente está a cielo abierto- a diferencia de las neurosis, donde se encuentra reprimido. De esta forma, sostenemos que, la palabra testimonia algo de lo que el psicótico es testigo: eso que le habla. El sujeto en las psicosis habla de algo que le habló. Toda la riqueza del testimonio está en el punto de verdad que articula a partir de la problemática de la cual testimonia. En las psicosis se testimonia que es en el lugar del Otro que el sujeto es tomado por.

Ahora bien, otro aspecto que no podemos perder de vista es que, lo que el sujeto pueda decir en una guardia, implica un testimonio abierto siempre a transformaciones. De hecho, Lacan (1992) critica la teoría de Kraepelin sobre el delirio paranoico, quien sostiene que se trata de un sistema duradero e imposible de quebrantar. Al contrario, para él “el sistema delirante varía, hayamoslo o no quebrantado” (p. 31). Consideramos que tener en cuenta esto es primordial para pensar el lugar del analista y su posible papel frente a dichas variaciones.

en la psicosis, si bien el sujeto es hablado por significantes en lo real, su vínculo con el lenguaje no se limita a esto. Existe una diferencia entre lo que al sujeto se le impone y lo que pueda decir sobre esto. Si bien, en estos casos, la urgencia puede presentarse, en la guardia, bajo estados de confusión o de “delirium”, también podemos encontrarnos con un sujeto lúcido, orientado, que intenta encontrar a alguien merecedor de su testimonio. “O sea, alguien que pueda estar dispuesto a dar fe de que hay una verdad en sus palabras y a la vez que pueda no sucumbir a la fascinación de ese supuesto saber” (p. 72).

### El lugar del analista y un tratamiento posible

La noción de testimonio toma un relieve fundamental para pensar la urgencia subjetiva en casos de psicosis, particularmente en una noción, la noción de *secretario del alienado*, propuesta por Lacan en *El Seminario III*. “Pues bien, no solo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra; precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse” (1992, p. 295). Sostenemos que esta noción es constituyente de una manera provocativa en dicho autor de plantear la posición del analista en la transferencia en contra de la tradición psiquiátrica.

En consonancia con ello, creemos que la figura del secretario del alienado en una guardia, frente a situaciones de urgencia, merece ser interrogada. ¿Qué implica ser un secretario? ¿Refiere esta noción simplemente a tomar nota sobre lo que escucha? Consideramos que este lugar no implica una actitud pasiva por parte del analista. Al contrario, se trata de un hacer, y como tal, de algo activo. No solo se registra lo que ese testigo cuenta de lo que viene del Otro, sino que se toma el testimonio al pie de la letra, lo que no deja de ser, propiamente dicho, un constituyente del testimonio.

Sostenemos entonces que, será necesario poder saltar ‘la roca de la alienación’ propuesta por Ricardo Rodríguez Ponte (1998). Dicho autor en su escrito *Psicosis: La cuestión preliminar...y otras cuestiones*, trabaja un texto de Lacan, de 1967, el cual está dirigido a los psiquiatras de su época, aunque creemos que no se trata solo de estos profesionales sino sobre cualquiera que se encuentre en una posición psiquiátrica frente a las psicosis. Aquí el énfasis está puesto en el muro que separa, que segrega, al psicótico de la posición de los psiquiatras. “En su encuentro con el loco, aquel que se postula en su presencia, en esa posición que es la del psiquiatra, está, lo quiera o no, concernido, está irreductiblemente concernido” (1998, p. 10).

Podemos considerar que, el que escucha a un paciente psicótico está concernido por la locura, lo quiera o no. Si alguien no se siente concernido es porque coloca cierto número de barreras protectoras, sea la comprensión, el chaleco químico, el encierro, entre otras. Acciones que efectivamente podemos ver en un dispositivo de guardia. “La posición del psiquiatra es que, de ese concernimiento por la locura, de esa angustia que despierta la locura, este loco que no nos demanda nada, él se protege erigiendo esas barreras constituidas por esa ‘pequeña idea’” (Rodríguez Ponte, 1998, p. 11). El autor anteriormente mencionado sostiene que esta es la roca -o muro- de la alienación, la que constituye esas pequeñas ideas que nos separan de las psicosis. La posición del psiquiatra tiene que ver con la idea de que no hay verdad en la palabra del psicótico, y, en consecuencia, no hay nada que escuchar. Por lo tanto, derribar este muro es la única posibilidad que tenemos para construir un acceso posible que nos permita acoger el testimonio del sujeto en las

psicosis. “Es la única posibilidad de que haya en ese encuentro con el loco un lugar para el analista” (Rodríguez Ponte 1998, p. 24).

En este marco, Jean Allouch (1989), en su escrito *Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica*, nos invita a reflexionar sobre el lugar del analista en las psicosis. Sostiene que “la locura llama” (p. 51), y que dicho llamado posee un modo de enunciación específico, estando ordenado según tres lugares: el de testigo, el Otro y el otro. Consideramos interesante poder pensar estos lugares en relación a lo que sucede en una guardia. Primero, podemos situar que el testigo es el lugar privilegiado para pensar en el sujeto psicótico que padece una urgencia. Testigo en tanto que, cuando llega a un dispositivo de guardia, se tratará de que ponga en palabras lo que le sucede, que pueda dar testimonio de ello. Al Otro lo pensamos en relación al lugar en donde se origina una asignación de-subjetivante. Podemos situar aquí lo referente al motivo de consulta por el cual el sujeto acude a un hospital. Por último, el lugar del otro “es aquel lugar en donde el sujeto hace valer su testimonio” (1989, p. 51). Será éste el conveniente, para poder pensar así el hacer del analista, en un dispositivo de guardia.

Ahora bien, Allouch, en la discriminación de estos tres lugares, y apuntando al tercero, va a plantear cómo se pondría en juego la intervención del analista en el mecanismo transferencial en las psicosis:

Por el contrario, podemos intervenir cuando, dirigiéndose a nosotros como a un semejante, como a un codelirante potencial, el psicótico espera de nosotros una confirmación de la experiencia que él sufre y de la que se hace entonces para nosotros el testigo. Pero tenemos que merecer a sus ojos, ese lugar de pequeño otro, él está tan lejos, en efecto, de ofrecernos de entrada la confianza que nos acuerda entonces. ¿de qué manera podemos merecerla? (1989, p. 52)

Respecto de esta cita, nos parece pertinente detenernos en la figura del codelirante potencial. Por un lado, creemos que el término codelirante está en relación a que, al sujeto, el encuentro con el analista, lo ubica en una escena de control de su delirio. Al sujeto no le interesa indagar sobre lo que le sucede, como dijimos en el apartado anterior, él sabe que eso le concierne. Por lo tanto, irá al encuentro de un otro ante el que pueda dar testimonio de su experiencia, a condición de que ese otro, en algún punto, pueda ofrecerse a ser el lugar donde se aloje este saber del psicótico. Sin embargo, siempre de manera potencial.

En una guardia, desde la perspectiva psicoanalítica, no se trata de poner en duda la certeza del sujeto, sino hacerla entrar en la conversación. El delirio está dispuesto a escuchar. “El delirio es el efecto, pero también la propuesta de un diálogo, aunque sea un “diálogo de locos” (que no es equivalente al diálogo de sordos, dado que todo diálogo, en alguna medida lo es)” (Leibson, 2020, p. 69). De hecho, al ser puesta en palabras, la certeza puede variar. El psicótico se enfrenta a la tarea de responder a lo que le habla, una presencia que lo envuelve sin darle alternativa, a eso que emerge en lo real. Sobre esto, el analista puede convertirse en una figura de interés significativa para el sujeto, siempre y cuando sea merecedor de dicho lugar.

En este marco, consideramos que para deslindar la posición del analista en relación a la transferencia en las psicosis debemos tener en cuenta la figura del Sujeto Supuesto Saber. Lacan (2008), en *El Seminario XI*, sostiene que un análisis comienza cuando hay transferencia. “La transferencia es un fenómeno que incluye juntos al sujeto y al psicoanalista” (p. 239). Ahora bien, esto sucede cuando se hace presente la figura de un sujeto supuesto Saber. Es decir, es lo que hace aparecer el fenómeno transferencial. Si

hay un Sujeto que se supone saber hay transferencia. Dicho autor considera que el analista ocupa ese lugar en la medida en que es objeto de la transferencia. A diferencia de las psicosis, en donde, particularmente, el sujeto psicótico no nos supone nada ya que el saber lo porta él mismo.

No obstante, si bien el sujeto que entra en análisis ubica al analista en este lugar, ningún psicoanalista puede pretender representar un saber absoluto. Entonces ¿tiene un saber el analista? Lacan (2008) dirá que sí, de lo que se trata es ir al encuentro de lo inconsciente. La formación del analista exige que sepa, en el proceso por donde conduce a su paciente, en torno a qué gira el asunto. No obstante, de la adjudicación del supuesto saber el analista se corre, no lo consolida. De hecho, de esto se trata el deseo del analista.

Sin embargo, si tenemos en cuenta la lectura que Allouch (1989) realiza, veremos que en las psicosis dicha cuestión se presenta de un modo particular. Este autor sostiene que son dos los rasgos que caracterizan la figura anteriormente mencionada, en relación al sujeto en la psicosis y al psicoanalista. En primer lugar, ubica que ambos tienen una relación directa al saber del sujeto supuesto. En segundo lugar, tanto uno como el otro “no pueden hacer otra cosa más que tener que saber” (p. 64). Por lo tanto, consideramos que ambos son candidatos para encarnar esta figura.

El psicoanalista se ubica en s, soportando allí la función del sujeto supuesto saber, dejando jugar “en reserva” su propio saber. Es no poniendo allí “demasiado de sí” que él se comprometerá efectivamente, dicho de otra manera, en tanto que psicoanalista. El psicótico está en el mismo lugar, pero lo ocupa de manera diferente. No puede él no poner demasiado de sus pliegues, y allí se origina su demanda de análisis. (Allouch, 1989, p. 65)

El sujeto en la psicosis sabe, no acerca de todo lo que le sucede, sino que sabe que eso le concierne, lo implica. Lacan, en el *Seminario XII, Problemas cruciales del psicoanálisis*, sostiene que “en la paranoia no son solo los signos de algo lo que recibe el paranoico. Es el signo de que en alguna parte se sabe lo que quieren decir esos signos, que él no conoce” (Inédito, 1965, p. 134). El psicótico, en su relación al saber, testimonia su certeza. Sin embargo, si nos preguntamos a qué se debe este saber, sostenemos que una respuesta posible la podemos encontrar en *Otros Escritos*, de Lacan (1967), titulado *Breve discurso a los psiquiatras* y traducido por Ricardo Rodríguez Ponte. Allí sostiene que en las psicosis no hay una demanda de a minúscula dado a que el sujeto tiene su causa en el bolsillo. Motivo por el cual genera angustia en quienes abordan dicho fenómeno, dado que los psicóticos son hombres libres, tienen el objeto a a su disposición.

No obstante, las diferencias en las posiciones respecto al sujeto supuesto saber se hacen visibles. En este punto consideramos fundamental el lugar que tiene el deseo del analista frente a la urgencia subjetiva en casos de psicosis. Lacan (2008) plantea que el deseo del analista es el eje, el pivote, gracias al cual se puede ir más allá de lo que se formula primero en el discurso del paciente como demanda, o sea la transferencia. En otras palabras, es lo que permite abstenerse de responder a la demanda de saber y lo que posibilita leer lo que hay más allá de esa demanda. Este deseo permitirá que el analista se ubique de entrada en el lugar del otro, en tanto merecedor de alojar el testimonio del sujeto. Es lo que permite escuchar allí a un sujeto y a un inconsciente a cielo abierto.

En vinculación con estos aportes, nos resulta interesante considerar las fórmulas que

Allouch (1989) nos brinda. Si por un lado “el psicótico plantea transferencialmente - por otro- el analista se presta a soportar una transferencia” (p. 63) De modo que, la posición del analista consiste en ceder la posición de sujeto al hablante y establecer allí que hay

16

una verdad en lo que el hablante dice, diferenciándose de la postura psiquiátrica anteriormente mencionada. Para esto consideramos que es fundamental no partir de una concepción deficitaria de las psicosis y, por ende, no pretender abordarla desde una lectura en donde las neurosis serían la norma. Solo se puede pretender un tratamiento analítico posible cuando se admite una incompatibilidad entre el psicoanalista en una versión estándar y el psicótico.

De esta forma, podemos entender que habrá un lugar posible para el analista frente a la urgencia en casos de psicosis, en tanto esté dispuesto a ubicarse en “una sumisión completa, aun cuando sea enterada, a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo” (Lacan, 1987, p. 516). Consideramos que ésta es la condición para que tenga lugar y pueda desplegarse el decir psicótico. Y, por lo tanto, este despliegue será la condición necesaria para que una urgencia pase a ser subjetiva. Para esto será fundamental entender las psicosis como un modo particular de estructuración subjetiva, un modo de organización del discurso y no como una estructura neurótica en déficit. En consonancia con ello, sostenemos que el lugar del analista en una guardia está destinado a brindar un tiempo ante lo que se presenta como urgente, con el fin de que el sujeto pueda encontrar otro modo de estar en su psicosis, un modo más vivible.

### **Consideraciones finales**

A lo largo de este ensayo hemos intentado demostrar que la posición del analista ante la urgencia subjetiva en casos de psicosis va dirigida a ubicar la relación que tiene un sujeto con su padecimiento. El analista suscita una pregunta por ese padecimiento con el fin de hacer emerger algo del sujeto. Creemos que efectivamente la escucha analítica en las guardias de hospitales monovalentes ofrece una oportunidad para que los sujetos puedan subjetivar su sufrimiento. La apuesta crucial vendrá al tiempo en que los hospitales polivalentes alojen las crisis subjetivas, y hay una condición indispensable para que esto ocurra: la formación en psicoanálisis de los equipos interdisciplinarios.

Por el lado propio del analista frente a casos de psicosis, sería deseable que tome en cuenta que, propiamente la urgencia subjetiva es la que convoca su lugar. Es decir, su abordaje no implica una clasificación exhaustiva de síntomas con el fin de develar qué hay detrás de lo que se presenta como enigma. No se trata de llegar a una verdad que se debe descifrar, sino construir junto al sujeto este signo que aparece como enigmático. Por lo tanto, será clave el punto de vista del analista frente al uso de los recursos que dispone

una guardia, ya que estos pueden 'silenciar' o 'hacer hablar' al sujeto.

De esta forma, podemos concluir que la urgencia subjetiva es la forma de nombrar lo que surge en el encuentro entre sujeto y analista. Creemos que es pertinente pensarlo como un punto de partida, que no está establecido por el padecimiento en sí mismo del sujeto, sino por lo que él puede decir sobre lo que le sucede. Dado que la urgencia es un hecho de discurso (Sotelo, 2009), nos parece importante destacar que, aún en casos de psicosis, podemos hablar de urgencias subjetivas. Lacan (1981) en *Apertura de la sección clínica* sostiene que la clínica psicoanalítica es todo lo que se dice en un análisis (p. 4), por lo tanto, desde este punto sostenemos que sería imposible pensar que no hay sujeto en las psicosis, y, por ende, la posibilidad de subjetivar la urgencia, hoy en instituciones monovalentes, mañana será en polivalentes.

A su vez, creemos que es fundamental tener en cuenta que, en casos de psicosis, la urgencia tiene una presentación particular. La misma puede ser escuchada tanto en las vacilaciones discursivas como en la certeza delirante del sujeto. Lo importante aquí es el lugar que el analista le da al testimonio del sujeto. Testimonio que se caracteriza por ser abierto, en tanto que en las psicosis el inconsciente está a cielo abierto y no reprimido. Pero también podemos pensarlo como un testimonio abierto siempre a transformaciones, lo cual es interesante para reflexionar sobre el lugar del analista frente a dichas variaciones.

Finalmente, para pensar un abordaje posible, será fundamental que el analista saltee la roca de la alienación que caracteriza a la posición psiquiátrica (Rodríguez Ponte, 1998), con el fin de ubicarse en el lugar del otro con minúscula (Allouch, 1989). Lugar por excelencia para alojar el testimonio del sujeto en las psicosis. En consonancia con ello, compartimos lo que afirma Laura Salinas en *El analista Sinthome* en la clínica de las psicosis:

En efecto, el acto de escuchar del analista transforma esa mera torsión de voz, ese falso faldete incastrado por el lazo social, ese falso agujero en qué consiste el significante en lo real que padece el sujeto de la psicosis, para dar consistencia a la palabra en el decir, que es el acto propio del parlêtre. La palabra no es otra cosa que lo que se dice en lo que se escucha. (Salinas, 2015, p. 15)

18

Sin embargo, en el recorrido realizado a lo largo de este ensayo, no hemos pasado por alto el lugar que tiene, ante esta situación, el deseo del analista. Por un lado, no podríamos hablar de un abordaje posible de la urgencia subjetiva en casos de psicosis, sin tener en cuenta que dicho deseo es lo que hace que el analista pueda abstenerse a la demanda de saber. Por otro lado, consideramos que también es el encargado de sostener el interrogante por el hacer de su práctica. Con esto queremos decir que no existe un lugar por excelencia para el analista frente a las urgencias subjetivas. Existen tantos lugares como sujetos que llegan a una guardia. Por lo tanto, creemos que la posición ética del analista implica poder sostener el interrogante, ya que consideramos que justamente esto es lo que diferencia un abordaje psicoanalítico de otros discursos que responden a protocolos preestablecidos.

Si Lacan (1981) afirma que "la psicosis, es aquello delante lo cual un analista, no debe recular en ningún caso" (p. 20), sostenemos que el deseo del analista es lo que permite no retroceder ante las psicosis. Por consiguiente, si la urgencia invita a que el analista, en cada encuentro, ofrezca su escucha, creemos que el interrogante por el hacer

y la especificidad del propio lugar al interior de un dispositivo como la guardia, debe ser abierto y cuestionado vez por vez, caso por caso.

**Referencias bibliográficas:**

Allouch, J. (1989). *Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica*. Córdoba: Editorial la Torre Abolida.

Belaga, G. (2006). *Equipo de urgencias subjetivas*. Virtualia, Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana, Número 14.

Bialer, M. et al. (1989). *El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria. Grupo de investigación y asistencia sobre la urgencia*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

Coirini, D. (2023). Clases teóricas de la materia Clínica II. Facultad de Psicología, UNR.

(2016). *Manual de primeros auxilios y prevenciones de lesiones*. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual\\_1ros\\_auxilios\\_web.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_1ros_auxilios_web.pdf)

Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Freud, S. (2017). *Estudios sobre la histeria*. Tomo I. México: Siglo veintiuno editores.

Freud, S. (2017). *Más allá del principio del placer*. Tomo XVIII. México: Siglo veintiuno editores.

Freud, S. (2017). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Tomo II. México: Siglo veintiuno editores.

Lacan, J. (1965): *El seminario, libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Inédito.

Lacan, J. (1967). *Breve discurso a los psiquiatras*. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Lacan, J. (1981). *Apertura de la Sección Clínica*. Ornicar Nro. 3 (edición castellana). Barcelona, España: Editorial Petrel.

Lacan, J. (1984) *L'Étourdit*. Revista Escansión 1. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1986). *El seminario, Libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1987). *De una cuestión preliminar todo tratamiento posible de las psicosis*. Escritos II. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. (2006). *El seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós

Lacan, J. (2008). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales*. Buenos Aires: Paidós

20

Lacan, J. (2009). *De un sujeto por fin cuestionado*. Escritos 1. México: Siglo veintiuno editores.

Lacan, J. (2009). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Escritos 1. México: Siglo veintiuno editores.

Lacan, J. (1992). *El seminario. Libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós

Le Gaufey, G. (2004). *Una clínica sin mucho de realidad*. San José, Costa Rica: Revista Página Literal, N°2. Ediciones Página Literal.

Leibson, L. y Lutzky, J. (2020). *Maldecir las psicosis. Transferencia, cuerpo, significante*.

Buenos Aires: Letra Viva.

Miller, J-A. (1985) *Esquizofrenia y Paranoia. En Psicosis y psicoanálisis. Buenos Aires: Manantial.*

Miller, J-A. (2006) en *Introducción al método psicoanalítico.* Buenos Aires: Paidós.

Ministerio de salud de Argentina, Presidencia de la nación (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.* Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2013). *Marco de respuesta a emergencias (MRE).* Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/89604>

Paola, C. (2008). *El oro y el cobre.* Buenos Aires: Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Rodríguez Ponte, R. (1998). *La cuestión preliminar...y otras cuestiones.* Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires

Salinas, L. (2015). *El analista Sinthome en la clínica de las psicosis.* Buenos Aires: Letra Viva.

Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia: Estrategias del sujeto, Estrategias del analista.* Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia.* Buenos Aires: JCE Ediciones. Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia.* Buenos Aires: Grama Ediciones.

Sotelo, I. (2015). *Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas.* Buenos Aires: Grama Ediciones.