

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

# **El diagnóstico en psicoanálisis como una condición necesaria para la dirección de la cura: articulación teórico-clínica.**

García, Lucía Natalí.

Cita:

García, Lucía Natalí (2020). *El diagnóstico en psicoanálisis como una condición necesaria para la dirección de la cura: articulación teórico-clínica. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/458>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/S1s>

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

# EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS COMO UNA CONDICIÓN NECESARIA PARA LA DIRECCIÓN DE LA CURA: ARTICULACIÓN TEÓRICO-CLÍNICA

García, Lucía Natalí  
Hospital Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La utilidad del diagnóstico en psicoanálisis es objeto de polémicas discusiones. Algunos abogan por su necesidad para el establecimiento de una dirección de la cura precisa, y para la determinación de las intervenciones que llevaremos a cabo con nuestros pacientes. Sin embargo, otros manifiestan que este no tiene mayor importancia, o lo relacionan con un etiquetado que solo puede dar lugar a estigmatizaciones. Este trabajo opta por resaltar la relevancia de abordar a un diagnóstico estructural en transferencia que oriente el tratamiento y el accionar del analista. De esta manera, el diagnóstico no representará nunca un saber predeterminado, ya que un exceso de saber previo del analista no haría más que ser obstáculo a la capacidad del analista de escuchar el decir del analizante de manera libre y no condicionada. Se realizará una articulación teórico-clínica con el objetivo de determinar el diagnóstico de una paciente cuyo caso clínico se expondrá en articulación con aportes teóricos de psicoanálisis de escuela francesa, y se dilucidará la relevancia del diagnóstico para la elección de la dirección de la cura.

## Palabras clave

Diagnóstico - Psicoanálisis - Dirección de la cura

## ABSTRACT

THE DIAGNOSIS IN PSYCHOANALYSIS AS A NECESSARY CONDITION FOR THE DIRECTION OF THE CURE: THEORETICAL-CLINICAL ARTICULATION

The utility of diagnosis in psychoanalysis is the subject of controversial discussions. Some advocate its necessity for establishing a precise cure direction, and for determining the interventions that we will carry out with our patients. However, others state that this is not of great importance, or relate it to a labeling that can only lead to stigmatization. This work chooses to highlight the relevance of approaching a structural diagnosis in transfer that guides the treatment and actions of the analyst. In this way, the diagnosis will never represent predetermined knowledge, since an excess of the analyst's previous knowledge would only be an obstacle to the analyst's ability to listen to the analyst's words freely and unconditionally. A theoretical-clinical articulation will be carried out with the aim of determining the diagnosis of a patient whose clinical case will be exposed in

articulation with theoretical contributions from French school psychoanalysis, and the relevance of the diagnosis for the choice of the direction of the cure will be elucidated.

## Keywords

Diagnosis - Psychoanalysis - Management of the cure

## Introducción

La utilidad del diagnóstico en psicoanálisis es objeto de polémicas discusiones. Algunos abogan por su necesidad para el establecimiento de una dirección de la cura precisa, y para la determinación de las intervenciones que llevaremos a cabo con nuestros pacientes. Sin embargo, otros manifiestan que este no tiene mayor importancia, o lo relacionan con un etiquetado que solo puede dar lugar a estigmatizaciones. Este trabajo opta por resaltar la relevancia de abordar a un diagnóstico estructural en transferencia que oriente el tratamiento y el accionar del analista. De esta manera, el diagnóstico no representará nunca un saber predeterminado, ya que un exceso de saber previo del analista no haría más que ser obstáculo a la capacidad del analista de escuchar el decir del analizante de manera libre y no condicionada.

Me serviré del recorte de un caso de una paciente que atendí en el dispositivo de Hospital de día de un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires para realizar una articulación teórico-clínica que recorrerá el concepto del diagnóstico en psicoanálisis en un ida y vuelta entre teoría y práctica. A continuación presentaré una viñeta para ubicar en ella los indicadores diagnósticos que puedan inclinar la balanza —o que señalen la pertinencia de continuar aguardando un mayor esclarecimiento— que intentaré articular teóricamente.

## Viñeta

Carmen tiene 46 años y es oriunda de Chaco, donde vivió hasta sus 13 años hasta que se mudó a Rosario con su madre. Allí comenzó a trabajar como empleada doméstica. Más tarde, se unió al Opus Dei con el fin de ser monja. Esta institución organizó su traslado a Buenos Aires. Finalmente, sostuvo que le habían lavado el cerebro y decidió abandonar esta religión. Comenzó a trabajar cuidando niños en Buenos Aires, lo cual mantuvo hasta hace relativamente poco tiempo, cuando se realizó una

intervención quirúrgica en la que le extraen quistes de uno de sus ovarios, lo que la inhabilitó para continuar desempeñándose como niñera.

Se presentó ubicando como único problema su insomnio que inició a los 27 años y que reguló desde entonces con benzodiazepinas sin prescripción médica hasta su ingreso al hospital. Se incorporó hospital de día de un hospital monovalente en julio de 2018 derivada del servicio de Emergencia donde se realizaba su seguimiento por consultorios externos luego de cursar 4 internaciones breves. Al preguntarle al respecto, sostuvo que la anteúltima tuvo lugar a raíz de un episodio que consistió en alucinaciones auditivas, visuales y olfativas (o fenómenos disociativos): “me veía en camión saltando por el balcón, olía mi propia sangre y escuchaba voces que me decían que me matara” —dice no saber si se trataba de voces o de ideas—. Ante esta circunstancia, llamó por teléfono a un amigo para que la llevara a la guardia en la que, luego, se indicó su internación. Otras de ellas han sido motivadas por el insomnio que sufre que la desestabiliza, ya que favorece la proliferación de ideas intrusivas de inutilidad y muerte: cuando no puede dormir, y también cuando pasa tiempo sola en su casa, tiene ideas cuyo contenido podría resumirse en: “¿por qué no me muero?”, “me va a volver a pasar lo del balcón”, “no sé hacia dónde va mi vida porque no trabajo” “soy inferior porque no trabajo ni estudié”, entre otras de similar tenor.

Asimismo, comentó que en el pasado sufrió “ataques de pánico” (“palpitaciones y temblores”) que desembocaban en ideas suicidas. Al investigar sobre la existencia de un posible desencadenante, ubicó como único protagonista, nuevamente, al insomnio. Se decidió otorgarle un lugar central a este, acerca del cual le pregunto sistemáticamente en nuestro espacio. Revisamos juntas los recursos que ha utilizado frente a estas situaciones, ante lo que respondió que le ha servido rezar, buscar ayuda y asistir a la guardia.

Sostiene que los ataques de pánico tenían lugar cuando se encontraba viajando en colectivo, donde acababa gritando “me quiero morir” entre los pasajeros. Asiste a su tratamiento acompañada por una amiga, quien hace la mitad del recorrido con ella. Al indagar sobre su imposibilidad de viajar sola, manifiesta que teme que se repitan sus ataques de pánico y que siente que las personas con las que comparte el transporte público la observarán —lo cual podría representar tranquilamente sintomatología de la serie ansiosa— y pensarán sobre ella que es “inferior” y que no es “nadie” porque no trabaja ni completó sus estudios. A su vez, refiere que al viajar se maximiza su sensación de ser “incompleta y vacía”, y sostiene que se siente completa en los momentos en que logra cumplir sus metas, sin explayarse más al respecto. Se trabajaron conjuntamente recursos posibles para ganar tranquilidad a la hora de viajar, entre los cuales ubicó ir hablando con alguien por celular o WhatsApp, o escuchar música. A la vez, se trabajan los límites entre lo público y lo íntimo, intentando establecer un límite que

la apaciguara en el caso de que este fenómeno (que los demás supieran de su condición laboral y académica) fuera una manifestación psicótica.

Su dificultad para viajar sola comenzó a problematizarse luego de que apareciera el objetivo de viajar a Chaco para reencontrarse con su madre anciana, quien se encuentra al cuidado de una hermana. Esta se está quedando ciega y Carmen refirió que deseaba que su madre pudiera verla una vez más antes de perder por completo la visión.

Al principio de su tratamiento en el dispositivo, Carmen manifestaba que asistir al hospital le despejaba la cabeza de las ideas mencionadas, ya que al estar ocupada y distraída no pensaba tanto. Sin embargo, con el transcurrir de las semanas, comenzó a esbozar que se aburría en los talleres debido a su carácter repetitivo, y que le costaba levantarse para venir. Esto era simultáneo a un desgano generalizado y a un estado de ánimo depresivo que comenzaron a manifestarse: ya no se ocupaba de tareas en el hogar, había abandonado su caminata diaria y le costaba levantarse de la cama para asistir al tratamiento. Se sentía angustiada con frecuencia, lo cual a veces se podía reconducir a problemáticas tales como la preocupación por su madre o discusiones con su marido, y otras veces quedaban asociadas, simplemente, a que había pasado tiempo sola debido a sus inasistencias al hospital.

El tener o no tener trabajo aparece como un eje que insiste más que cualquier otra cosa en las sesiones. Se le otorga un lugar y se brinda espacio para hablar al respecto indagando de qué quisiera trabajar Carmen, en dónde, cómo viajaría para hacerlo, cómo lo conseguiría, etc., conversación a partir de la cual manifiesta sentirse aliviada y esperanzada de poder recomponer su vida a través de un empleo. Tal vez se trate de aquello que la sostenía previamente a su descompensación y aquello que, reconstruyéndolo de alguna manera, podría volver a estabilizarla. Aún más, quizás no se trate únicamente del trabajo, sino de las instituciones en general: Carmen se ha sostenido en su matrimonio, en casas de familia en las que vivía mientras se desempeñaba como empleada doméstica o niñera, en el Opus Dei, en los hospitales a cuyas guardias asiste en busca de ayuda y en cuyos dispositivos se apoya, entre otras.

Respecto a la presentación de Carmen, es relevante señalar que evidencia una mirada rígida y por momentos esquiva, así como un notorio enlentecimiento en sus movimientos y habla, tal vez producto de la medicación.

### Articulación teórico-práctica

Según Thompson et al (2007) el diagnóstico en psicoanálisis consiste en el trabajo por el cual el analista se ubica en el campo transferencial del paciente con el fin de posibilitar una manifestación más clara y accesible del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece. El producto de este proceso no es una etiqueta o código diagnóstico, sino, como se dijo, una puesta en forma del síntoma

en un vínculo transferencial. Esto se evidenciará en la reproducción de síntomas o conductas en la figura del profesional que previamente ha manifestado en múltiples personas, haciendo que el analista ingrese en una serie y otorgándole un lugar. Tal como señala Soler: “Un diagnóstico consiste en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta” (Soler 1995, 34). Ese material clínico se constituye por el discurso del analizante. Entonces, determinar la estructura en juego en el trabajo con un paciente es fundamental porque permite al analista tomar su lugar en dicha estructura y poder así ingresar en la lógica de cada caso.

El lazo transferencial con Carmen parece aún incipiente. No se pesquiza que haya colocado a la profesional en el lugar del Sujeto Supuesto Saber, ni que repita en mi figura nada en absoluto. Tampoco se ha evidenciado una vertiente persecutoria ni erotomaniaca, tal como podría suceder en una transferencia psicótica. En esta no hallamos la direccionalidad al Otro descrita en la neurosis, sino la función testimonial de la palabra respecto de la intrusión de un goce excesivo y amenazante.

Dudosa de la estructura con la que me enfrento, he optado por apuntar a un lugar transferencial de semejante, lo que Lacan (1984) llama secretario del alienado. Según Colette Soler (1988), en la transferencia de un paciente psicótico, este debe suponernos no saber y no gozar. En esta línea, me manejo cautelosamente intentando indagar en profundidad para obtener indicadores que orienten la dirección del tratamiento.

Respecto del motivo de consulta, en el campo de las neurosis se evidencia un pasaje de un estado primero en el cual el padecimiento se presenta indeterminado o no se presenta y frente al cual el paciente sostiene su posición de no querer saber, descrita por Freud como “política del avestruz” (Freud 1914, p.154), a un estado siguiente en el que, despejadas las demandas primeras y modificada al menos parcialmente la posición del paciente “se exteriorizan unos síntomas que antes eran casi imperceptibles” (Freud 1914, p.154). En la psicosis la ausencia de esas exteriorizaciones de la represión provoca que el síntoma se muestre más explícitamente cuando la psicosis ya ha hecho su eclosión en algún momento, pareciendo menor la dificultad diagnóstica. La historia clínica de Carmen rebosa de evoluciones que rezan “descompensación psicótica” por donde se las mire. El episodio aislado puede describirse fácilmente: alucinaciones auditivas, olfativas y visuales complejas sin una intoxicación ni cuadro orgánico que las causen. Además, no parecen esconder ningún significado a descifrar, más bien no impresionan dialectizables. Mirando la *foto* el diagnóstico parece sencillo, pero la *película* complica el escenario. Sin embargo, a pesar de la información que los antecedentes psicopatológicos consignados en la historia clínica en su pasaje por diversos servicios del hospital aporten, la concepción psicoanalítica del síntoma exige un cierto repudio de la perspectiva del conocimiento desde afuera, e implica un desplazamiento hacia lo que el sujeto sabe, dice,

advierte, o al menos vislumbra sobre lo que él mismo padece en transferencia (Lombardi, 2005).

Por otro lado, “la ocasión de enfermar” se trata del traumático “vivenciar accidental del adulto” (Freud 1917, p. 330) que lleva a la formación de síntoma en tanto solución al conflicto patológico. Frecuentemente, es posible ubicar aquella encrucijada vital que hizo fracasar la solución sintomática.

Las coordenadas de descompensación de Carmen pueden ubicarse, según hipotetizo, en la pérdida de su empleo luego de la intervención quirúrgica que la inhabilitó para continuar desempeñándose como niñera. Previamente, se sentía “productiva” y “completa”, a pesar de las dificultades por las que su vida estuvo signada desde su temprana infancia. Luego de perder su trabajo, “empezó la enfermedad” y comenzó a sentirse “un estorbo” para su marido, quien la mantiene económicamente hasta la actualidad. Desde entonces, no pudo volver a trabajar debido a que su estado de ánimo no se lo ha permitido. Trabajamos juntas la posibilidad de emplearse de alguna manera para restituir algo de orden del funcionamiento previo a la descompensación, ya que Carmen no cesaba de traer este tema a las sesiones, con el consecuente malestar que le provocaba. Exploramos su idea de lo que es trabajar, intentando apelar a un sentido amplio acorde a sus posibilidades actuales. Desestimó la idea de que ser ama de casa constituyera un trabajo, ya que para ella un empleo debe aportar un ingreso económico. Inspeccionamos conjuntamente maneras de conseguir un trabajo, ya que sugiere que “se cortó el boca a boca” con el que solía obtenerlo.

Una vez expuestas distintas posibilidades actuales, Carmen sostuvo que veía una “nube negra” encima de ella y que, luego de nuestra sesión, esta “se corrió”. Por primera vez, mostró interés en conversar conmigo. Luego de esto, se abrió una nueva faceta en la que me dirigió por primera vez de forma espontánea una demanda: quería recuperar su deseo sexual perdido hace dos años. Una vez cada dos meses aproximadamente, tiene relaciones sexuales con el fin de satisfacer a su marido y con la expectativa de alcanzar el orgasmo que, pese a todos sus esfuerzos —y los de su marido— no logra. Esto me impresiona a un pedido propio de una neurótica, lo cual abona a una mayor confusión diagnóstica. El síntoma que en un trayecto de la cura se deja leer como mensaje inconsciente, es el síntoma neurótico. Así, que el síntoma quiera decir y que eso lo lleve a alguien al Otro que descifre lo que eso quiere decir, es propio de la neurosis: *Sé que hay que descifrarlo, pero no tengo la llave*. En la psicosis se sabe que eso quiere decir, pero el analista no tiene el saber, ni se le dirige la demanda de descifrarlo. Solo en las neurosis tal saber funciona como llamado respecto de Otro, mientras que en las psicosis, el saber se petrifica como certeza (Thompson et al, 2007).

Por su parte, el sujeto psicótico es tomado por el Otro como un objeto a injuriar o a amar, entre otras. Es desde el Otro de donde provienen las atribuciones persecutorias o erotomaniacas. Frente a este mecanismo transferencial, Lacan (1984) postula

que la posición que conviene al analista no es la de promover la suposición de saber, sino la de testigo, tal como mencioné anteriormente. La iniciativa del Otro, indicador de suma relevancia para el psicoanálisis a la hora de inclinarse por una estructura psicótica, no es pesquizable con claridad en el caso de Carmen. Solo llama la atención, en este sentido, su sensación de ser observada por los pasajeros con los que comparte el colectivo. Sobre estos sostiene que sabrán que ella “es inferior” porque no ha estudiado ni se encuentra empleada, aunque bien podrían ser palabras de una fóbica que rehúsa utilizar el transporte público. Lo indeterminado de lo recién mencionado se debe a que los dichos de Carmen no demuestran certeza, ya que al indagar repetidamente en su sensación frente a las personas en sus viajes en colectivo, sostiene que “tal vez no sea así”, pero que cree que “van a pensar eso” de ella.

Por otro lado, en muchos casos es evidente una puesta en escena inaugural en la forma de un *acting out*. Es pertinente pensar si en el caso de Carmen se puede pensar en la existencia de este fenómeno. Freud advertía que: “En especial, él (el paciente) empieza la cura con una repetición así” (Freud 1914, p.152), siendo la transferencia la escena donde se monta la mostración. Repetidas faltas al tratamiento, su actitud al ser llamada a ingresar a la sesión como si esto la molestara, así como escenas exteriores al tratamiento, tales como los cortes autoprovocados en sus antebrazos ante una decepción amorosa podrían llegar a constituir *acting out* (lo cual no me preocuparé por desarrollar debido a que no se trata del tema central del presente escrito). No se trata de una manifestación patognomónica de la neurosis, aunque sí considero que esta es la estructura donde más frecuentemente se presenta. Los cortes en sus antebrazos, bien podrían representar la falta de recursos para simbolizar la pérdida amorosa que la lleva a un pasaje al acto, fenómeno tampoco exclusivo de ninguna estructura en particular.

Una diferencia fundamental entre la neurosis y la psicosis radica en el hecho de la historización del sujeto. En la neurosis, dicha historización está determinada por la neurosis infantil, la cual da cuenta del atravesamiento del sujeto por el complejo de Edipo y se evidencia en la novela familiar que despliegan en análisis. Esto no es pesquizable en las entrevistas con Carmen. Por su lado, la psicosis no es susceptible de una historización, no tiene prehistoria, si bien las coordenadas del desencadenamiento pueden ser ubicadas biográfica y cronológicamente en la historia del sujeto.

Acerca de las alucinaciones en la obra freudiana, encontramos desde el inicio a la alucinación ubicada dentro del campo de las neurosis, más precisamente como una manifestación histérica. Menciona la existencia de la histeroepilepsia visible en pacientes que se presentan como epilépticos, pero que en realidad son histéricos. “No es inusual que haya como secuela visiones de ratas, ratones, serpientes, así como alucinaciones auditivas. En estos enfermos se presentan, además de estos ataques, todos los síntomas de la histeria” (Freud, 1888) Los pacientes evitan

provocarse lesiones graves al caer, esquivan situaciones peligrosas, etc. Es por lo expuesto que cabe interrogarse respecto de si en la histeria podrían emularse (no de modo consciente) síntomas psicóticos tales como las alucinaciones. Freud (1890) aborda casos de alucinaciones provocadas por un hipnotizador: “Lo mismo en el campo de las percepciones sensoriales. El hipnotizador dice: “Usted ve una serpiente, usted huele una rosa, escucha la música más bella” y el hipnotizado ve, huele, escucha la representación que se le instó”. Según Maleval (1987) para quien la histeria es una estructura que puede adoptar distintas formas en relación a la época en la cual se desarrolla: “todos los síndromes psiquiátricos pueden aparecer sobre el fundamento de una estructura histérica”.

Varios de los primeros casos atendidos por Freud presentaban entre sus síntomas alucinaciones, además de estados disociativos. Para englobar casos de este tipo, se constituyó hacia fines del siglo XIX la categoría clínica de las locuras histéricas, caracterizada por manifestaciones delirantes y alucinaciones, según la definición de Maleval (1987). El desencadenamiento de los trastornos, la omnipresencia de la significación fálica (lógica compartida), la riqueza de las metáforas, la ausencia de neologismos y otros trastornos del lenguaje, son los datos que Maleval recoge para llevar a las locuras histéricas fuera del campo de la psicosis. Retomando el caso clínico, Carmen no evidencia trastornos del lenguaje, sino que más bien muestra una lógica compartida. En la psicosis proliferan sentidos con los que nadie se identifica, mientras que nuestro delirio es compartido. No se observan formaciones de compromiso producto del mecanismo de represión, tales como lapsus, equívocos, olvidos y el síntoma como retorno de lo reprimido en lo simbólico, articulado a la cadena significante como algo que insiste, así como tampoco he encontrado fenómenos elementales claros ni evidencias de trastornos del lenguaje que hagan de Carmen un caso de psicosis claro.

Por último, cabe destacar la capacidad de Carmen de establecer lazos significativos, tales como su matrimonio, su amistad con quien la va a buscar a diario al hospital y la acompaña cada mañana, entre otros. Asimismo, muestra una distancia que no llama en absoluto su atención con sus familiares de primer grado “porque viven lejos” —a unas localidades de distancia—. Según Lombardi (2002), que un psicótico consiga llevar una vida integrada en lo social por algún lazo no debe llevarnos a desconocer su síntoma.

### Palabras finales

Actualmente, se conocen multitud de casos de histéricas tratadas, y aún internadas por años, como esquizofrénicas. Es por este motivo que resulta de extrema importancia la realización de un adecuado diagnóstico diferencial, no porque una histérica no pueda requerir de una internación, sino para brindarle adecuado tratamiento tanto psicológico como farmacológico y evitar su cronificación bajo un diagnóstico estigmatizante.



La locura no es patrimonio exclusivo de las psicosis, vale decir que es posible estar loco sin ser psicótico, y, por el contrario, hay psicóticos de los que podemos decir que no se han vuelto locos (psicosis ordinaria). La locura es una categoría que atraviesa el trípode estructural perversión-neurosis-psicosis. Puede presentarse en cualquiera de las llamadas estructuras clínicas y viene a nombrar esta serie de fenómenos que pueden presentarse en una neurosis y que pueden confundirse con psicosis. Cuando el diagnóstico cambia, cambia el analista y sus intervenciones. Un diagnóstico adecuado guía su accionar, que no siempre puede ser tan libre: no puede resultarle indiferente que se trate de los dolores de una paciente histérica o esquizofrénica, de los pensamientos de un paranoico o un obsesivo, así como no tiene nada que ver una anorexia psicótica con una histérica. La interpretación del analista es admitida por el neurótico, ya que este responde con sus asociaciones. El psicótico, en cambio, exige una destitución subjetiva más constante y rigurosa, que recomienda al analista abstenerse mucho más de formular sus propias asociaciones. Cuando esto se ignora, el psicótico puede agravarse o desencadenarse (Lombardi, 2005). Si bien me inclino a pensar que la estructura de Carmen es psicótica, aún no puedo sostenerlo con seguridad. Pero de una cosa sí estoy segura: de la fragilidad y dependencia de mi paciente respecto de otros (ya sea personas o instituciones), lo cual me orienta a evitar intervenciones del orden de la interpretación que apunten al equívoco con el fin de producir la división subjetiva. Más bien actúo en pos de construir sostenes y recursos sobre los cuales Carmen pueda descansar y que cada vez sean más internos y menos externos para lograr una mayor autonomía. Ya se trate de una paciente neurótica o psicótica, debido a su labilidad, es pertinente primero proceder a un armado para luego evaluar si (en el caso de una neurosis) se debe avanzar hacia la deconstrucción de sus síntomas, así como el cuestionamiento de sus identificaciones y determinaciones inconscientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). *Obras completas*, 1, 111-132.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 146-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.
- Freud, S. (1917). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En *Obras Completas*, Vol. XVI (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- Haldemann, G. y Muraro, V. (2006). Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, métodos y técnicas"*, Tomo II (pp. 360-362). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Lacan, J. (1984). El seminario. Libro 3. Las psicosis. Paidós, Barcelona, 6, 526.
- Lombardi, G. (2005). Efectos analíticos y diagnóstico en la primera fase del tratamiento. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lombardi, G. (2002). Nota sobre los diagnósticos difíciles en psicoanálisis. *Vestigios clínicos de lo real en el hombre de los lobos*. JVE. Bs. As.
- Maleval, J. M. (1987). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires. Ed Paidós.
- Soler, C. (1988). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (1995). Los diagnósticos. En *Freudiana* N° 16. Catalunya: Escuela Freudiana de Psicoanálisis, 1996.
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., & Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*.