

lo planteado por Jung sostiene que, la existencia de la neurosis infantil prueba que las vivencias infantiles son capaces por sí solas de producir una neurosis sin que haga falta la huida frente a una tarea planteada por la vida.

El enfermo había recorrido varios sanatorios alemanes consultando a varios psiquiatras, entre ellos, Kraepelin quien lo diagnostica como un caso de locura maniaco-depresiva. Freud no está de acuerdo con este diagnóstico atendiendo a la presentación clínica y desde el inicio, considera que se trata de una neurosis obsesiva mal curada, diagnóstico que no es modificado en el curso del análisis.

Esto último nos conduce a interrogarnos acerca de cuáles son los fundamentos teórico-clínicos que Freud presenta para mantener a lo largo de todo el historial que se trata de una neurosis obsesiva mal curada. Con el propósito de responder a este interrogante, nuestro punto de partida será el inicio del análisis, en el cual indagaremos la presentación y la eclosión del síntoma, para continuar con el análisis de las particularidades de la neurosis infantil reconstruida en la cura.

Como veremos, la eclosión de la enfermedad se produce cuando el joven sufre una gonorrea, a los dieciocho años de edad. En el momento de inicio del análisis, sufría de depresiones, trastornos intestinales y constipación crónica. Durante los primeros años del tratamiento analítico se mostraba inabordable, con dócil apatía e indiferencia. Pero, luego de establecida la transferencia, una intervención freudiana que consistía en fijar un plazo al tratamiento, permitió que cediera la resistencia y el análisis brindó todos los esclarecimientos que le permitieron colegir la neurosis infantil.

En relación a esta última, Freud la describe en una secuencia, que se inicia con un período de alteración del carácter, seguido por una fobia que posteriormente es traspuesta en una neurosis obsesiva con síntomas compulsivos y ceremoniales de contenido religioso. A lo largo de este trabajo, abordaremos esta secuencia y las discontinuidades que en ella se presentan. Desde el punto de vista clínico analizaremos, cual es la función y valor que Freud le brinda a la alteración del carácter y a la fobia. Luego, centrándonos en la neurosis obsesiva, estudiaremos la estructura y función de los síntomas obsesivos, y el valor clínico que Freud les otorga.

Finalmente pondremos en tensión los argumentos de diferentes autores en el campo del psicoanálisis lacaniano concernientes al problema del diagnóstico del caso, para verificar su consistencia, y las enseñanzas que de ellos se desprenden.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico-neurosis infantil-fobia- neurosis obsesiva.

PROCESO DIAGNOSTICO: UNA APUESTA EN DIRECCION AL SUJETO

Mariela Ávila
Facultad de Psicología. U.N.L.P

RESUMEN

El presente trabajo retoma las primeras siete entrevistas de una consulta y pese a que aun no ha concluido el diagnóstico permite no obstante una dirección.

Colette Soler sostiene en *La querrela de los diagnósticos* que se trataría de poder concluir sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta, y no sobre la persona, pero para esto el analista deberá tomar su lugar en la estructura del material. Allí la transferencia será entonces operativa a partir de las diferencias que podamos delimitar según se trate de la neurosis o de las psicosis.

Podemos presumir cierto acuerdo respecto a que los casos en los que el desencadenamiento se produce o existieron precipitaciones anteriores que se estabilizaron, no presentan mayores inconvenientes. Es la ausencia de los fenómenos elementales en cambio, o la imposibilidad de detectar un episodio que permita ceñir claramente el desencadenamiento, lo que conlleva una dificultad adicional.

Frente a esta coyuntura, por un lado optamos provisoriamente por el peor diagnóstico para encaminar la cura. Por el otro, recordamos que Lacan destaca en el Seminario III la certeza, la perplejidad y la iniciativa del Otro como los indicios que nos pueden guiar, cuando no tenemos trastornos de lenguaje.

En el material clínico se tratará de un sujeto que no se presenta dividido por lo lícito reprimido, sino más bien desde la certeza del ser, siendo fuerte. Ceder esta fortaleza, a su vez, implicará un riesgo elevado si es una de las identificaciones que lo sostienen. Presentará a su vez un cuerpo que no registra el dolor, con sobrepeso, y que transporta, pero que difícilmente siente. Cuerpo que guarda alguna relación con aquello que Lacan destaca a propósito de Joyce cuando describe la respuesta al ataque violento sufrido en el Retrato de un artista adolescente (Joyce, 1916). Nuestra paciente hablará del dolor bajo la sensación de una hipérbola: el dolor sube hasta el punto máximo, luego empieza a descender, sólo se trata de transitar ese recorrido.

Presentaremos también la referencia de J. A. Miller en "El retorno de las psicosis ordinarias", cuando establece una externalidad corporal, situando al cuerpo como Otro para el sujeto. "Se trata allí de un desfasaje. El desorden más íntimo es esta brecha en la cual el cuerpo se deshace y donde el sujeto es llevado a inventarse lazos artificiales para reapropiarse de su cuerpo, para ceñirlo a sí mismo, para crear una cárcel que lo mantenga unido a él".

Situaremos como encrucijada el duelo por la madre, así como las consecuencias que puede deparar para la paciente el "riesgo de que ésta vuelva a recriminarle", y las defensas que implementa frente a esto. En segundo lugar, una serie de consideraciones sobre el duelo que deberá efectuarse en este recorrido, allí donde presumiendo la falta de inscripción del significante del nombre del padre, no habría posibilidad de una tumba que funcionara como incorporal, espacio simbólico que alojando el cuerpo del difunto asegurara su existencia simbólica en el recuerdo.

Para finalizar, trabajaremos la función de anudamiento a partir del señalamiento de Colette Soler en el texto antes citado, y la siguiente interrogación: si el Nombre del Padre es suplementario o puede ser suplido, ¿que nos autoriza a decir, cuando es distinto que el Nombre del Padre, que estamos ante una psicosis compensada o una suplenencia de psicosis?

Como posible respuesta hipotetizaremos la "venida de la madre muerta" como un retorno en lo real, y la consideración del cuerpo como prótesis en lo real, sosteniendo que hay dirección clínica a seguir en pos del sujeto, ese que no sólo presenta el material clínico que hace posible el diagnóstico, sino que sufre, pide ayuda y ofrece ese cuerpo al espacio de palabra.

1-Al hablar de peor diagnóstico no estamos haciendo una valoración en sí misma, sino refiriéndonos a las consecuencias negativas que se producen al tratar como neurosis una estructura psicótica, es decir, al riesgo de desencadenamiento. Para el paciente las condiciones de despliegue sintomatológico no son indiferentes pues implican el atravesamiento de una situación de sufrimiento en extremo.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico-psicosis ordinarias-intervenciones
