

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

Obsesiones en neurosis y psicosis (parte 2). Obsesiones y melancolía. reflexiones sobre la estructura y función de la obsesión en dos casos de acumulación de objetos.

Martin, Julia y Kopelovich, Mercedes.

Cita:

Martin, Julia y Kopelovich, Mercedes (2012). *Obsesiones en neurosis y psicosis (parte 2). Obsesiones y melancolía. reflexiones sobre la estructura y función de la obsesión en dos casos de acumulación de objetos. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/837>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/c06>

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>.

OBSESIONES EN NEUROSIS Y PSICOSIS (PARTE 1). PERSPECTIVAS CRÍTICAS DE LAS OBSESIONES EN LA PSIQUIATRÍA ACTUAL: DSMIV Y DSMV

Martin, Julia; Soengas, Estela Elvira; Zamorano, Silvia; Machado, Maria Inés

Universidad Nacional de La Plata. Argentina

Resumen

El presente trabajo analiza el tratamiento que reciben las obsesiones en el campo de la psiquiatría actual. Tomando como referencia el DSMIV se pondrá en cuestión la frecuente homologación de la Neurosis Obsesiva al TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Se distinguirán los criterios principales de organización del manual, el lugar que ocupan allí las obsesiones, tanto en el TOC como en otros trastornos. Se precisarán las revisiones actuales que dan lugar a la nueva edición del DSM atendiendo a las críticas en el seno mismo de la psiquiatría. Se enfatizará el pasaje de la noción de trastorno a la función del espectro, respondiendo a un criterio dimensional.

Se realizará un contrapunto con la novedad que Freud inaugura en relación al síntoma, diferenciando las concepciones que dan origen al TOC y al espectro obsesivo, y a la Neurosis Obsesiva. La tendencia gradual, continuista que propone el paradigma del "espectro" desestima una clínica diferencial que considera como fundamental la lectura de la función del síntoma obsesivo en las estructuras clínicas. Esta concepción del síntoma en su costado de solución, divide las aguas entre la psiquiatría del DSM y el psicoanálisis, con las consecuencias éticas implicadas en la dirección de la cura.

Palabras Clave

Obsesiones, Trastorno, Espectro, Síntoma

Abstract

OBSESSIONS IN NEUROSIS AND PSYCHOSIS (PART 1). CRITICAL PERSPECTIVES OF OBSESSIONS IN PSYCHIATRY: DSMIV AND DSMV

This work analyzes the treatment given to obsessions in the psychiatric field nowadays. DSMIV will be taken as reference with the purpose of questioning the frequent homologation between obsessional neurosis and OCD (Obsessive-Compulsive Disorder).

The main criteria organizing the manual will be distinguished, as well as the place given to obsessions, within OCD as well as other disorders. Revisions of the manual will be worked, given the fact that these critics within the current psychiatric paradigm are leading to a new edition of the manual. The turning from the disorder concept to the function of spectrum will be emphasized, answering to dimensional criteria.

A counterpoint between psychiatric paradigm and Freud's novelty inaugurated by his conception of symptom will be done to distinguish differences between the conceptions that give birth to OCD and obsessive-compulsive spectrum, and obsessional neurosis. The gradual, continuum tendency proposed by spectrum paradigm underestimates a differential clinic that reads the symptom

function of obsessional symptom within the clinical structures. This perspective of symptom taken as a solution divides waters between DSM psychiatry and psychoanalysis, with the ethical consequences implied in the cure direction.

Key Words

Obsessions, Disorder, Spectrum, Symptom

Introducción

En el marco de la investigación en curso de la Cátedra Psicopatología I: **"ESTRUCTURA Y FUNCION DE LAS OBSESIONES EN NEUROSIS Y PSICOSIS"**, se analizará en este trabajo el tratamiento que reciben las obsesiones en el campo de la psiquiatría actual. Tomando como referencia el DSMIV se pondrá en cuestión la frecuente homologación de la Neurosis Obsesiva al T.O.C (Trastorno Obsesivo-compulsivo), resultado de una rápida equivalencia a nivel de la envoltura formal que desestima los criterios diferenciales que organizan el campo de la psiquiatría y del psicoanálisis.

Asimismo, a partir de las críticas que recibe este manual, se precisarán las revisiones actuales que dan lugar a la futura edición (DSMV) subrayando las sustanciales modificaciones: categorial vs dimensional y el pasaje de la noción de trastorno a la de "espectro obsesivo" y sus consecuencias. Posteriormente se realizará un contrapunto con la novedad freudiana en relación al síntoma, quedando en evidencia que esta reducción no es más que efecto del desconocimiento de la relación entre el fenómeno y la estructura. En suma, la tendencia de la clínica psiquiátrica actual desestima una clínica diferencial que considera como fundamental la lectura de la función del síntoma obsesivo en las estructuras clínicas.

Las obsesiones en el DSMIV

Para comenzar cabe recordar que los diagnósticos en el DSMIV son categóricos y politéticos, pero además son considerados "trastornos" sin poder cernirse claramente a qué se refiere esta denominación al interior mismo del manual.

Las obsesiones se encuentran definidas en el T.O.C como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que son vivenciadas como inadecuadas e intrusitas, en algún momento de la perturbación, causando ansiedad o distrés. La persona reconoce que son producto de su propia mente (no impuestas desde afuera como inserción de pensamientos) e intenta ignorarlos o suprimirlos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.

Las compulsiones son descritas como conductas repetitivas o actos mentales que la persona se ve obligada a desempeñar en respuesta a una obsesión. Tienen por objeto prevenir o reducir el estrés, aunque no estén conectadas de manera realista con los hechos a los cuales han sido designados para neutralizar o prevenir, o son evidentemente excesivas.

A pesar de estar el T.O.C. ubicado dentro de los Trastornos de Ansiedad, la ansiedad es considerada un síntoma secundario, siendo en cambio la duda uno de los rasgos esenciales. Además tanto obsesiones como compulsiones deben causar un estrés marcado, aunque se señala que hay que especificar si el TOC es con o sin insight

Se indica la realización de un diagnóstico diferencial con el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsiva. La característica esencial del mismo es un patrón persistente de personalidad, que se comienza a manifestar en la adultez temprana y se caracteriza por una preocupación excesiva hacia el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, en detrimento de la flexibilidad, apertura y eficiencia del sujeto. El diagnóstico diferencial con el TOC (Eje I) se suele hacer en función de los síntomas primarios del TOC, las obsesiones y compulsiones, que son egodistónicas, mientras que los rasgos de personalidad del TPOC son egosintónicos y raramente producen resistencia en el paciente, además de que éste último no presenta obsesiones ni compulsiones manifiestas.

Por otra parte, si hay presente otra enfermedad del Eje I en comorbilidad, el contenido de las obsesiones y compulsiones no queda restringida a la misma, por ejemplo: arrancamiento de pelos en presencia de tricotilomanía, preocupación por comida y peso en disorexias, preocupación por apariencia física en el trastorno de dismorfia corporal, entre otras.

En suma, si bien intenta hacerse de las obsesiones un trastorno, se encuentran diseminadas en diversas categorías del DSMIV.

Hacia el DSMV.

Las críticas que el DSMIV ha recibido al interior del campo psiquiátrico, centradas principalmente en el problema de la comorbilidad, la falta de diferenciación clara entre eje I y eje II y la dificultad epistemológica que presenta la definición de trastorno, han llevado a iniciar un proceso de revisión del mismo y de sus criterios. Advertidos de esto, la Asociación Americana de Psiquiatría comenzó este proceso en 1999 con el fin de planificar el futuro manual, el quinto en su serie, con la intención manifiesta de mejorar los fundamentos científicos para los criterios diagnósticos. En este camino, en el año 2005 publicó algunas conclusiones de las investigaciones preparatorias y en el año 2010 publica el borrador del futuro DSMV cuyo formato final se estima para el año 2013.

Frente a este cambio, es interesante señalar que para algunos investigadores se corresponde al inicio de un nuevo paradigma (Artigas Pallares, 2011) y no sólo a una mera revisión del anterior. Pero para otros existen motivos alternativos que empujan este cambio:

- político: intención de eliminar los últimos resabios del Psicoanálisis en pos de las terapias cognitivo-comportamentales (Luchelli, 2008).
- económico: proliferación de la industria farmacéutica a partir de la "patologización de la normalidad" .

Más allá de estas direcciones, el futuro manual presente modifi-

caciones sustanciosas. Deja de ser supuestamente ateuico y empírico para pasar a ser explícitamente teórico-causal, la psicología evolucionista y la genética aparecen como las principales referencias. Además como respuesta al problema de la comorbilidad, se abandona la estructura multiaxial y categórica, considerándola ahora poco clara y arbitraria y se introduce un criterio dimensional, es decir, cuantitativo, continuo, gradualista. De esta forma el abandono de la perspectiva categorial por una dimensional en una de las principales novedades.

Desde esta perspectiva el eje I y II tenderán a desaparecer apoyados en supuestas evidencias médicas científicas que demostrarían una estrecha relación clínica, epidemiológica y genética entre los trastornos de ambos ejes. Como resultado los trastornos del eje II quedan subyugados a los primeros, considerándolos "variantes de inicio precoz de trastornos del eje I" (Esbec, Echeburúa, 2011). De esta manera pasa a considerarse una continuidad entre ambos ejes, a los fines de nuestro trabajo, al TOC le correspondería un TOCP anterior.

Del trastorno al espectro

A partir del V y por la impronta de las ya mencionada referencias, ya no se hablaría de TOC o TOCP sino de "espectro obsesivo-compulsivo." Perez Rivera (2006), definen al espectro como "una manera abarcativa de abordar un grupo de trastornos tomando como eje un trastorno psiquiátrico". Ahora bien también reconocen que hay distintos espectros obsesivos como investigadores hay en el tema diferenciándose según el eje que cuenta al momento de pensarlo o confeccionarlo: egodistonía-egosintonía, reducción tensional o no insight-no insight, entre otros. El más aceptado en la actualidad es el de Hollander y Wong (1993-1995), pero sin duda al analizar los existentes no dejan de ser demasiado abarcativos y poco definidos, llevando a que muchas cuadros pertenezcan a espectros distintos. Entonces cabe preguntarse en qué punto resuelven la comorbilidad, el supuesto gran problema causante del cambio? La respuesta que esbozan la dejan en manos de la neurobiología del futuro. Por tanto, resulta llamativo, la heterogeneidad que abarca el espectro, perdiéndose la especificidad pero dejando claro el supuesto etiológico, aun desconocido, de lo obsesivo.

Por otra parte, con la noción de espectro, se accede a la posible continuidad entre psicosis y neurosis. Es decir, desde esta perspectiva, un paciente podría fluctuar de polo neurótico, que para ellos implica conciencia de enfermedad, al psicótico sin que esto implique el advenimiento de otro trastorno o cambio de entidad nosológica.

En suma, la intención manifiesta de superar la comorbilidad desde este nuevo enfoque no hace más, a nuestro entender que reproducir el problema, sin solucionarlo. Son los mismos psiquiatras los que además agregan la inutilidad y falta de practicidad del mismo en el campo clínico, pero sin duda lo que sí produce es una patologización de la normalidad.

El contrapunto freudiano

Si bien Freud define a la neurosis obsesiva como un conjunto de rasgos de carácter y síntomas patológicos, no debemos olvidar que todos estos fenómenos responden a un único mecanismo, la represión. Desde sus inicios Freud realizó un fino trabajo clínico tendiente a diferenciar el síntoma obsesivo de otras manifestacio-

nes sintomáticas que por su presentación, tenían similitudes, por ej las fobias. La articulación entre mecanismo psíquico y etiología sexual, da cuenta del esfuerzo freudiano por establecer una clínica diferencial basada en la respuesta del sujeto, donde el síntoma conlleva la marca de la represión. En el síntoma que nos interesa esa marca es traducida en el “zwang”, coacción característica de estos fenómenos que Freud remite al “curso psíquico forzoso”, es decir, a la fuerza pulsional desviada en su contenido pero no es su naturaleza y fin.

Continuando con esta enseñanza y siendo fiel a la envoltura formal del síntoma, Lacan introduce la relación fenómeno- estructura, hecho que permite entender diferencialmente la función de ciertos fenómenos. A partir de esto no todos los fenómenos que se presentan como “compulsivos” u “obsesivos” obedecen necesariamente a la lógica de la represión, su función pasa a interrogarse a la luz de la estructura. La diferencia se establece entonces entre el síntoma obsesivo, producto del retorno de lo reprimido, de aquellos fenómenos que vienen a compensar el defecto producto de la forclusión del Nombre-del-Padre.

Conclusiones

La frecuente homologación Neurosis Obsesiva y TOC/espectro responde a un desconocimiento basado en una práctica de la mera descripción y nominación. Los riesgos clínicos de esta homologación parten de no considerar la función del síntoma, sólo posible de ser leída a la luz de la relación fenómeno estructura que el psicoanálisis plantea, articulado a un sujeto que responde activamente mediante distintos mecanismos. Así como el zwang imprime su marca de estructura a las obsesiones en la neurosis habilitando ubicar su sentido y satisfacción en juego, podemos encontrar rituales, ceremoniales obsesiones que responden a tratamientos del goce cuando no se cuenta con el mecanismo de la represión. Por tanto en estos casos eliminar el “síntoma” es suprimir una respuesta subjetiva que viene a suplir aquello que falta por estructura

Aquí serán centrales los desarrollos de J. Lacan sobre la función de suplencia que puede cumplir un síntoma, contraindicando su intervención. Esta concepción divide las aguas entre la psiquiatría y el psicoanálisis que lejos de suprimir el síntoma apunta, en estos casos, a sostenerlo solidario a la consideración del sujeto, el mismo que la ciencia forcluye.

Bibliografía

- Artigas-Pallarés, J. (2011): “¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSMV”, en Revista de Neurología, <http://www.neurologia.com/pdf/Web/52S01/bfS01S059.pdf>, 59-69
- López-Ibor Aliño, J. J. & Valdés Miyar, M. (DIR.) (2002): DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson
- Luchelli, J.P. (2008): “El DSMV y los trastornos de personalidad”, en Revista Virtualia, año 7, n 17, <http://virtualia.eol.org.ar/017/default.asp?miscelaneas/lucchelli.html>