

para las futuras modificaciones que presentará el D.S.M.V. Luego de identificar dichas modificaciones y atendiendo tanto a las críticas como a los nuevos fundamentos, se pondrá en tensión el pasaje de la noción de trastorno a la función del espectro y sus consecuencias.

Por un lado, a nivel político, esta novedad conlleva posiciones controversiales: para algunos autores corresponde a un nuevo paradigma, para otros, dicho cambio es una clara dirección política que tiende a eliminar los resabios del psicoanálisis para dar lugar a las neurociencias y las terapias cognitivo-conductuales.

Por otro lado, en materia de obsesiones, al interior del manual, ya no se hablará de trastorno obsesivo compulsivo sino de "espectro obsesivo" a partir de una de sus principales modificaciones: el agregado de un criterio dimensional. De esta forma los TOCP (eje II) pasarán a ser una "variante de inicio precoz" de los TOC (eje I). Se demostrará que este cambio, no reduce sino que replica el problema de la frecuente homologación de la Neurosis Obsesiva al T.O.C (Trastorno Obsesivo-compulsivo) en la clínica actual, 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.

Para ello se realizará un contrapunto con la novedad que Freud inaugura en relación al síntoma, permitiendo deslindar las claras diferencias entre las concepciones que dan origen al espectro obsesivo, por un lado, y a la Neurosis Obsesiva por otro, quedando en evidencia que la reducción de las obsesiones al espectro produce un efecto de desconocimiento de la relación entre el fenómeno y la estructura. La tendencia gradual, continuista que propone este nuevo paradigma desestima una clínica diferencial que considera como fundamental la lectura de la función del síntoma obsesivo en las estructuras clínicas. 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.

**PALABRAS CLAVE:** TOC- DSM V – psicoanálisis- psiquiatría

---

### **Ponencia 3.**

#### **UN NOMBRE PARA "EL RECOLECTOR": LA DIFICULTAD DIAGNÓSTICA MULTIAxIAL VS LA ÉTICA DEL SÍNTOMA**

Julieta De Battista y Julia Martin  
Facultad de Psicología. UNLP.

---

#### **RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo poner a prueba los criterios diagnósticos del DSMIV en un caso clínico, para ubicar los límites de la noción de trastorno, proponiendo una lectura de la estructura subjetiva y del valor del síntoma en esa economía.

El DSMIV es un sistema categorial y politético, basado en la definición de trastorno como "conducta clínicamente significativa o síndrome psicológico o patrón que ocurre en un individuo y que se asocia a malestar o discapacidad". Se pretende a-teórico y supedita la distinción de lo "clínicamente significativo" a la experiencia del clínico. En la práctica, el sistema categorial presenta la dificultad de los diagnósticos múltiples para un mismo caso.

El caso clínico escogido cumple con criterios diagnósticos de diversos trastornos, y al mismo tiempo no puede agotarse en ninguno de ellos. Es diagnosticado desde este paradigma como Trastorno Obsesivo Compulsivo sin *insight* (dentro de los Trastornos

de Ansiedad) y Trastorno Psicótico no especificado, ambos correspondientes al Eje 1 (Trastornos Clínicos). Pero en realidad se considera que el término que mejor describe la conducta obsesiva es la llamada acumulación o *hoarding*, la cual en los manuales actuales (DSMIV y CIE10) no está especificada como una categoría diferenciada, sino que sería considerada un subtipo severo de TOC. Otros diagnósticos que recibió este caso en distintos momentos de su evolución fueron: depresión, esquizofrenia, coleccionismo, neurosis obsesiva, síndrome de Diógenes.

El síntoma más notorio del cuadro es la acumulación de objetos variados que son recogidos en la vía pública. Esta actividad ha motivado demandas judiciales de los vecinos que están en el origen de la consulta en un hospital general. El paciente refiere no poder dejar de juntar esos objetos ya que podrían serle de utilidad y “por las dudas” necesita juntarlos y conservarlos. De no hacerlo experimenta cierta tensión o nerviosismo, llegando incluso a deprimirse. Si bien el paciente reconoce la anormalidad de este comportamiento, no puede renunciar a éste, afirmando que deberá aprender a convivir con él. Los objetos que recoge, aparentemente inservibles, tienen un valor para él: los papelitos contienen informaciones que le interesan, el aluminio es canjeado por trabajos en su casa, algunos papeles son entregados a cartoneros, los gatos lo acompañan.

El inicio de la sintomatología se corresponde con la muerte de su padre y se mantiene hace 23 años. Cuando esta actividad de juntar decrece por efecto de la medicación, el paciente cae en un estado de mortificación general (falta de apetito, falta de sueño, reproches) que lo ha llevado a pensar en dejar morir, ya que para matarse no tiene el coraje suficiente.

Este fondo melancólico pasa a un segundo plano cuando la actividad de juntar se instala, señalando el valor que esta sintomatología obsesiva cobra en la particularidad de este caso: el de un tratamiento del dolor de existir vía el síntoma.

Concluiremos con la importancia de localizar en el material clínico la posición melancólica del sujeto. Desde esta lectura la sintomatología obsesiva cobra valor de arreglo ante la pérdida del sentimiento de la vida, con el riesgo que conlleva en este caso reducir el síntoma a un trastorno a suprimir.

**PALABRAS CLAVE:** TOC- melancolía- psicosis- psicoanálisis

---

#### Ponencia 4

### **EL TRANCE DELIRANTE EN EL HOMBRE DE LAS RATAS**

María Cristina Piro  
Facultad de Psicología. UNLP.

---

#### **RESUMEN**

Freud describe en su texto *El Hombre de las ratas*, el famoso trance del oficial Lehrs. ¿Qué estatuto tiene esta construcción, a la que denomina *delirio obsesivo*, en una estructura definida como neurótica? ¿Qué lugar asignarle a este supuesto fragmento de psicosis en una neurosis? Si bien el acercamiento entre neurosis obsesiva y paranoia nace de la clínica psiquiátrica, Freud subvierte esta posición al señalar el carácter novedoso que puede adquirir la juntura de obsesión y delirio desde la psicopatología por él inventada. En su célebre caso, ateniéndose a la envoltura formal y al tipo de defensa en juego, define el *delirio obsesivo* como producto mixto, combinación entre dos variedades del pensar: los recursos de la razón y ciertas premisas obsesivas. Subraya que para combatir las representaciones obsesivas no bastan los argumentos puramente racionales; aquéllas sólo cesan cuando el pensamiento defensivo hace suya la idea obsesiva a la cual combate. Lo reprimido se