

modo soportar un poco mejor el malestar en la cultura. O sea vincularnos con lo otro para no estar tan solos.

Referencia Bibliográfica.

- 1- Lacan, El seminario 20, Aun, editorial Paidos Pág.95.
- 2- Cleveland P. Hickman, Principios de zoología. Ediciones de la universidad de chile. Ediciones Ariel.S.A. Pág.849-852
- 3- Freud S, El Malestar en la Cultura, Editorial Biblioteca Nueva, Pág.3036.
- 4- Freud S, Totem y Tabu, Editorial Biblioteca nueva, Pág.1799.
- 5- Freud S, El Malestar en la Cultura, Editorial Biblioteca Nueva Pág.3017.
- 6- Lacan, El seminario 20, Aun, editorial Paidos Pág.95.
- 7- Freud S, El Malestar en la Cultura, Editorial Biblioteca nueva.
- 8- Lacan, El seminario 20, Aun, editorial Paidos Pág.95.
- 9- Geneser F, Histología, editorial medica panamericana, Pág.539.
- 10- H Rouviere, Anatomia Humana Descriptiva y topográfica, Casa editorial Bailly-Bailliere S.A. Madrid 1971, Pág.480-481.
- 11- Lacan, El seminario 20, Aun, Editorial Paidos Pág.95.
- 12- Lacan, El seminario 20, Aun, Editorial Paidos, Pág.103.
- 13- Freud S, La Dinámica de la Transferencia, 1912, Editorial Biblioteca Nueva, Pág.1648.
- 14- Lacan, El seminario 20, Aun, editorial Paidos Pág.95.
- 15- Freud S, Tres ensayos para una teoría sexual, Editorial Biblioteca Nueva, Pág.1179.
- 16- Lacan, el atolondradicho, versión digital.
- 17- Lacan, Escritos técnicos II, Editorial Siglo Veintiuno Editores, Pág.566.
- 18- DSM 4 , Versión digital.
- 19- DSM 4, Versión digital.
- 20- Lacan, el atolondradicho, versión digital.
- 21- Lacan, Escritos técnicos II, Editorial Siglo Veintiuno Editores, Pág.566.
- 22- El seminario 20, Aun, Editorial Paidos, Pág 99.

Ponencia 3

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO / NEUROSIS OBSESIVA. CONSECUENCIAS CLÍNICAS

Felipe Martin Drut, Gabriela Mineo
Facultad de Psicología. UNLP.
felipedrut@yahoo.com.ar

RESUMEN

Este trabajo ha surgido como resultado de una clase de un Seminario dictado en el marco de la cátedra de Psicoterapia I de la Facultad de Psicología de la U.N.L.P. El mismo se tituló "Los padecimientos actuales y sus abordajes terapéuticos", y tuvo como objetivo explicitar algunos modos de nominar y tratar a las formas en que se presentan actualmente el malestar humano en nuestra época.

En lo que hace a nuestra presentación, nos referiremos específicamente al TOC y a la Neurosis Obsesiva. Nos interesa mostrar que no se trata del mismo fenómeno, como suele pensarse. El diagnóstico de TOC no autoriza a pensar que se trataría de una neurosis obsesiva tal como se plantea desde el psicoanálisis. Tampoco el diagnóstico de neurosis obsesiva supone uno de TOC. De ambas categorías se desprenden operaciones psicoterapéuticas diferentes, en la medida en que suponen distintas concepciones del sujeto a tratar, así como también posiciones diferentes en relación al

diagnóstico psicopatológico (semiológico y estructural). El diagnóstico de neurosis obsesiva reviste una particularidad: la de ser realizado bajo transferencia en el marco de la oferta del dispositivo analítico, donde se pone en juego la realidad sexual del inconciente para cada sujeto, en relación a la cual tomarán lugar las intervenciones y la lógica del tratamiento. Ello a diferencia del diagnóstico de TOC, que dependería de la verificación o no de determinados signos (obsesiones, compulsiones, dudas, consideradas inútiles) a los cuales le subyacen creencias o cogniciones disfuncionales típicas a cuestionar o sustituir en el marco de la cura, valiéndose de determinados procedimientos técnicos.

De aquí se desprende que otra diferencia estaría en relación a la concepción de la causa (etiología sexual y mecanismo psíquico, desde el psicoanálisis; las cogniciones desde las TCC) y las intervenciones que de ella se desprenden. La neurosis obsesiva es establecida como estructura clínica con una etiología y mecanismos particulares formalizados por Freud: la represión frente a lo sexual, mediante anulación y aislamiento. El corte en acto bajo transferencia es una maniobra propiamente analítica. La misma es vez a vez, no supone ninguna técnica o receta programada de antemano. Por su parte, el TOC es una categoría semiológica descriptiva del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) usada tanto por psiquiatras y terapeutas cognitivo conductuales. Estos últimos le adjudican al mencionado trastorno una serie de pensamientos y creencias que se reiterarían en la mayoría de los TOC. Las "creencias disfuncionales", o "errores cognitivos", serían la causa del padecimiento. Su cuestionamiento, problematización, cambio, eliminación o sustitución por otras con mayor funcionalidad, mediante diversas técnicas e instrumentos preestablecidos de antemano (principalmente el cuestionamiento socrático y el empiricismo colaborativo entendido, entre otras cosas, como un tipo de alianza terapéutica y común acuerdo), traería aparejados cambios en las emociones y en las conductas. Allí radificaría su eficacia. A tales fines, se maneja en esta práctica psicoterapéutica una concepción de la realidad diferente a la establecida desde la praxis psicoanalítica. Para las terapias cognitivo conductuales, se trataría de una realidad no afectada por lo que la creencia que el cliente le adjudica, una realidad compartida, señalada por el terapeuta para brindar evidencia objetiva que contradiga dichas creencias. Desde el psicoanálisis, se considera la realidad fantasmática (psíquica y sexual) del sujeto como algo fundamental a dar lugar en el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: trastorno obsesivo compulsivo- neurosis obsesiva- intervenciones

El Trastorno obsesivo compulsivo es una categoría psiquiátrica diagnóstica del DSMIV , usada por los terapeutas cognitivo conductuales en la medida que, entre otras cosas, se comparte entre ambos una misma lógica de la cura: la de adecuar a lo funcional lo disfuncional, llevar lo trastornado respecto de un orden a una medida de lo que se supone correcto. El TOC se trata de un trastorno de ansiedad, especificado por un conjunto de signos constantes que deben necesariamente verificarse para que pueda decirse que alguien lo padece. Entre estos signos pueden destacarse: presencia de obsesiones y/o compulsiones, y el reconocimiento de que las mismas son irrazonables, inútiles, son llevadas a cabo más allá de la voluntad de quien las padece e interfieren con su calidad de vida . Este modo de catalogar al sufrimiento supone entenderlo como déficit, algo negativo, dis-funcional, un desvío en comparación a un patrón de comportamiento o de pensamiento esperable. Desvío que el terapeuta cognitivo conductual buscará reducir mediante el empleo de técnicas terapéuticas eventualmente combinados con medicamentos capaces de librarlo del TOC o atenuar su sufrimiento. Se trataría de hacer funcional lo disfuncional. Allí residiría su eficacia y su alcance. Por ejemplo: hacer que alguien pueda reintegrarse a su trabajo rápida y eficazmente, o rendir un examen. Ambos parámetros conductuales

son consecuencia del cambio de creencias respecto de una realidad que se supone objetiva, no afectada por ninguna subjetividad.

El trayecto hacia lo que se entiende como efecto curativo implica poner en juego determinados instrumentos y procedimientos técnicos. Entre ellos: el instrumento esencial del diálogo socrático, el empiricismo colaborativo en tanto que alianza terapéutica, y la confrontación de las "creencias" del cliente con lo que se supone es la realidad. Para lo cual habría que ver quién supone lo que es "la realidad". El cambio de cogniciones es el objetivo de las TCC propuesta por A. Beck, terapia de "reestructuración cognitiva". Dice este autor: "el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico (por ejemplo el TOC, leído en términos de pensamientos automáticos y creencias típicas, es decir, que se registran frecuentemente en todos los casos catalogados como "TOC") y su aplicación a la comprensión de cada cliente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos técnicos, producir un cambio cognitivo (es decir, cuestionar el pensamiento y el sistema de creencias del paciente) para conseguir una transformación duradera de sus emociones y sus pensamientos." El supuesto que rige las modalidades terapéuticas de las TCC, es que una intervención a nivel de los pensamientos, da lugar a un cambio en las emociones y en las conductas. Para Beck las ideas obsesivas de las que padece alguien con diagnóstico de TOC serían equivalentes a los "pensamientos automáticos". Estos últimos implican una actividad que no surge de la deliberación o de un razonamiento, escapa a la voluntad del sujeto. Implican interpretaciones erróneas de "la realidad", y son aceptados como ciertos sin ser sometidos a crítica alguna. La propuesta terapéutica desde este enfoque, sería poder aprender a identificarlos, para determinar su validez o invalidez respecto de una realidad racional o razonada por el "cliente". Este sería un aliado del terapeuta, dentro de una relación entendida como "empiricismo colaborativo": ambos formarían un equipo y tendrían un común acuerdo sobre los fines, los medios y los problemas de los cuales el cliente se querría curar. Habría entendimiento en estos puntos. Mediante el diálogo socrático, se analiza la evidencia a favor y en contra que permitiría confirmar o desconfirmar esos pensamientos. En términos de Judith Beck: "cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse." Los pensamientos automáticos o interpretaciones erróneas, a su vez, se basan en supuestos sobre sí y sobre el mundo, las "creencias".

Para iniciar la terapia, se hace uso de técnicas como "explicación del fundamento teórico al cliente", a los fines de apaciguar la desesperanza o también la ansiedad con la cual los pacientes llegan a la terapia. También el empleo de "registros de pensamientos disfuncionales", a los fines de cuantificar objetivamente el sufrimiento y tener un seguimiento comparado de la disminución del mismo durante la marcha del tratamiento. El examen de validez de la creencia en comparación con una realidad dada, las "tareas para el hogar", y el cuestionamiento socrático, ya mencionados, son procedimientos técnicos fundamentales en las TCC de Beck. Se dirigen todos a una instancia razonante y que dispondría de la voluntad de obedecerlas. Por ejemplo, en el caso de las tareas del hogar o en el caso de la desensibilización sistemática y en vivo, con las cuales se intentaría reducir la sensibilidad respecto de lo que se supondría que sería "irracional": no hay por qué poner en juego determinadas creencias y pensamientos frente a una situación determinada, no hay fundamentos para esa creencia. Así, no habría razón ni evidencia objetiva para creer que "las conductas, decisiones y emociones son correctas o incorrectas"; tampoco evidencia razonable para sentir que "para ser una persona valiosa debo evitar los errores"; ni tampoco evidencia compartida para experimentar que "quien comete un error, debe ser censurado."; ellas, entre otras creencias típicas o frecuentes. Las únicas razones o causas serían las mismas cogniciones distorsionadas, o patrones de significado puestos en juego o activados en determinadas situaciones. Todas las TCC se dirigen específicamente a su cuestionamiento o modificación.

Recapitulando: ¿A quiénes se dirigen los terapeutas cognitivo conductuales al hablar de "cliente"? Desde este enfoque terapéutico, se desprende que un cliente que padece de un TOC sería alguien capaz de juzgar sus pensamientos obsesivos como distorsionados respecto de una realidad supuesta (aprendida) y así corregirlos de acuerdo a la evidencia compartida que surja a través del diálogo con el terapeuta. Las creencias subyacentes al TOC, así, serían algo a verificar de acuerdo a un criterio de realidad racional unívoco. La causa de estos pensamientos estaría en las cogniciones distorsionadas, que habría que aprender a discernir y modificar valiéndose de otra instancia pensante que esté aliada al terapeuta: la razón. Una vez logrado ello, el sufrimiento suele apaciguarse. Además, habría un acuerdo o saber preestablecido con el terapeuta, sobre lo que se va a tratar, los pasos previstos a seguir, y hasta dónde. Se sabría de antemano lo que el cliente quiere.

Neurosis obsesiva y psicoanálisis.

Desde el campo que nos concierne, el psicoanálisis, pensamos el diagnóstico no desde un punto de vista descriptivo-semiológico, como lo hacen las TCC, sino como inseparable de un fenómeno que se pone en juego en la oferta del dispositivo analítico: la transferencia. Por lo tanto, el diagnóstico en psicoanálisis es realizado en transferencia, dado que es allí el lugar en que se pone en acto lo que Lacan llamó la "realidad sexual del inconsciente". Es allí donde se pone en acto la posición del sujeto con respecto al goce y al deseo del Otro, es decir, el fantasma que soporta al síntoma. Se entiende al síntoma como significante (algo quiere decir) y como satisfacción libidinal (algo goza en él). O sea, es leída en términos positivos: hay razones, subjetivas, libidinales, para suponer que determinados pensamientos coercionan al punto de llevar a tomar la decisión de dirigir una queja a alguien que la escuche.

De lo anterior se desprende que, a diferencia de las TCC, en las cuales el criterio de definición del TOC es eminentemente descriptivo, sintomático, y en términos deficitarios o negativos, desde el psicoanálisis el criterio utilizado es un criterio estructural. No interesa si el paciente presenta tal o cual síntoma obsesivo, sino cuál es su posición frente a la castración del Otro y frente al goce libidinal, su estrategia puesta en juego en relación a ellos. Es esto mismo lo que se juega en la transferencia sexual del inconsciente: un abismo radical entre lo que se busca y lo que se encuentra, diferencias irreductibles entre lo que se pide y lo que se quiere, entre el deseo y el goce (sexual), porque se trata de un sujeto dividido, que no sabe si quiere lo que desea. Entonces: no habría acuerdo ni entendimiento sobre lo que el sujeto quiere.

Por lo tanto el TOC de las TCC puede no coincidir con la Neurosis obsesiva del psicoanálisis.

En segundo lugar, si hablamos de la posición subjetiva inconsciente frente a lo que se dice y se hace, nos separamos de la ilusión de suponer una realidad "objetiva" compartida y nos centramos por ello mismo en otra realidad: la realidad psíquica, fantasmática.

Suponemos entonces que estamos en presencia de un sujeto pero ya no de la conciencia o la voluntad, sino de un sujeto dividido. Dividido entre consciente e inconsciente, entre el saber y el goce, entre el saber y la verdad. Un sujeto que no sabe lo que quiere, que no sabe si quiere lo que desea.

En Freud encontramos algunas consideraciones que hacen a la estructura en la neurosis obsesiva. En principio, hace particular referencia al punto de fijación del obsesivo: fijación de la libido al estadio anal, según él. Por lo tanto, regresión del acto al pensamiento: la duda obsesiva. Por otra parte, alude al modo específico en que se pone en juego la represión en la neurosis obsesiva: recae no sobre las representaciones (como en la histeria) sino sobre los nexos causales. Lo cual tiene como consecuencia el aislamiento, el discurso obsesivo se presenta como un telegrama mal redactado.

Estamos, según Freud, frente a una "patología del pensamiento": el paciente dice lo que origina sus síntomas pero no se entera de su decir. Este decir no tiene registro ni consecuencias. Lo sabe pero a la vez no quiere que su cuerpo se entere de lo que

sabe. Supone un posicionamiento frente a lo libidinal allí en juego: su aislamiento. Con lo cual, podría decirse que para el psicoanálisis la cura de una neurosis no va por la vía del aprendizaje, ni del discernimiento mediante el pensamiento, ya que ello no toca la posición frente al goce libidinal.

Con Lacan, nos encontramos con las consecuencias que tiene lo anterior en la transferencia. En la transferencia analítica, el analista pasa a formar parte del síntoma en la medida en que éste le está dirigido. La regresión y la duda se ponen en acto en el análisis interpelando a quien escucha y proponiendo el desafío de desarmar un montaje de pensamiento, de palabra, en un dispositivo cuyo instrumento esencial de intervención es, paradójicamente, la palabra.

Lacan en el Seminario 8 hace alusión en particular a dos cuestiones que se juegan en la transferencia con un obsesivo: el desdoblamiento y la degradación del falo al plano imaginario.

La primera se refiere a la condición por la cual el obsesivo nunca está donde parece estar, una parte de él está en la escena, en el ruedo, y la otra está fuera de la escena, en el palco, observando la escena. El yo del obsesivo se identifica con el otro imaginario, se opera así una degradación del Otro al plano imaginario y el obsesivo juega al juego de la hazaña en espera de obtener el reconocimiento, el aval del Otro. Se hace el falo imaginario del Otro para completarlo. Reduce el deseo a la demanda y, dando lo que el otro pide, supone así colmar su falta.

¿Qué hacer entonces desde el lugar de analistas cuando esto aparece en la transferencia? No comprender, dice Lacan. Al comprender, nos alejamos del deseo inconsciente y respondemos a la demanda.

¿Qué hacer si en la neurosis obsesiva la interpretación analítica encuentra su límite? Porque de lo que se trata es de que el cuerpo del paciente se entere de lo que el pensamiento ya sabe. Es aquí donde cobran mayor peso otro tipo de intervenciones, por la vía del acto, aunque habrá que ver cómo hacemos para lograr aquello de lo que se trata: reinventar el análisis con cada paciente.

Encontramos, entonces, nuevamente, diferencias con respecto a las TCC. Por un lado, en lo referente a la causa. En este último caso, la misma está referida a las cogniciones. Para el psicoanálisis, está referida al modo en que opera la represión (el mecanismo) y la etiología sexual. De lo cual se derivan dos direcciones diferentes y francamente opuestas en el tratamiento: en las TCC, el objetivo es suprimir el síntoma, adaptar al paciente a una funcionalidad a veces exigida por la lógica del mercado actual. En el psicoanálisis, el objetivo es producir un cambio de la posición subjetiva, y la curación de los síntomas se producirá como su consecuencia clínica necesaria. No hay adaptación posible del sujeto a las demandas de la civilización, el sujeto nace inadaptado. Habrá que ver en función de lo que espera de su análisis qué solución pueda inventar para lo que originalmente lo llevó a consultar.

Por último, nos resta plantear dos posibles interrogantes a seguir trabajando en relación con esta cuestión clínica.

En primer lugar, el lugar que el sujeto ocupa tanto para el psicoanálisis como para las TCC. Creemos que se trata de un sujeto diferente en cada caso y esto nos lleva a recordar lo que implica para el psicoanálisis la "subversión del sujeto" en tanto sujeto del inconsciente.

En segundo lugar, la relación esencial que encontramos entre las TCC y los diagnósticos del DSM IV con el discurso capitalista. Consideramos que tales diagnósticos y sus terapéuticas son inherentes a dicho discurso en la medida en que resultan funcionales al mismo y a la preservación de sus fines.

Referencias bibliográficas.

-Beck, A.; Freeman, A.; y otros. (1995) Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Paidós Editorial.

-Beck, J. (1995) Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Feixaz, M.; Miró, M.T. Aproximaciones a la psicoterapia.
-Freud, S. (1986). "A propósito de un caso de Neurosis Obsesiva (el "Hombre de las Ratas")", Obras completas, Tomo X, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
-Lacan, J. (2003). El Seminario; Libro VIII: La Transferencia, Buenos Aires: Paidós Ed.
-Lacan, J. (1984). El Seminario. Libro XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Buenos Aires: Paidós.

Notas

Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales. Código compartido entre los médicos que sirve para poder comunicarse y lograr objetividad en el diagnóstico y tratamiento.

DSM IV. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES. VERSIÓN DIGITAL.

BECK, J, 1995, P. 19.

BECK, J., P 21.

Resumen

Ponencia 4

ANSIEDAD, ANGUSTIA, PÁNICO

Fátima Alemán, Juan Giussi

Facultad de Psicología .Universidad Nacional De La Plata.

RESUMEN

El siguiente trabajo aborda la presentación de la angustia como uno de los padecimientos actuales que responde al "malestar en la cultura" de nuestra época. Tomando en cuenta el valor que Freud otorga a la angustia en el abordaje de los síntomas neuróticos, recordaremos el acento puesto en la "expectativa" (angustiada o confiada) para comprender el alcance del tratamiento anímico. La angustia enferma pero también cura. Ya en el 1900 Freud percibe que su función puede orientar en la puesta a punto del deseo inconsciente.

Nuestra época podría caracterizarse por la proliferación de la angustia o del pánico. Hay algunos autores (sobre todo anglosajones, como es el caso de Frank Furedi) que hablan de la cultura del pánico o de la "cultura del miedo", en el sentido en que los medios de comunicación transmiten on-line las catástrofes, los robos, los accidentes, las muertes. La cultura de la información incide en la vida cotidiana y tiene efectos en los padecimientos de nuestra época.

Por ello indagaremos en el nominalismo que subyace en los diagnósticos actuales que tienen a la angustia como factor central, tomando en cuenta las concepciones del pánico y los trastornos de ansiedad presentes en el DSM IV. Esto se justifica a partir de dos razones: 1) su omnipresencia como nomenclador y regulador de la clínica en el campo de la llamada salud mental; 2) La incidencia de sus concepciones en los abordajes psicoterapéuticos contemporáneos de la angustia, puntualmente la psiquiatría farmacológica y las terapias cognitivas y conductuales. Así, la categoría de trastornos de ansiedad conlleva el tratamiento de la angustia como un síntoma en el sentido médico, desorden adaptativo que debe ser suprimido de inmediato, en consonancia con los ideales de eficacia de la época. De este modo realizaremos un somero repaso de este espectro de presentaciones, trazando dos polos fenoménicos: la ansiedad generalizada, caracterizada por un elemento de anticipación (expectativa ansiosa) que conlleva su sostenimiento en el tiempo; el ataque de pánico como