

LA ESTRUCTURA OBSESIVA Y EL LLAMADO T.O.C.

Hace un par de años ya trabajamos, en el marco del Seminario sobre La Angustia, los ejes fundamentales de la concepción psicoanalítica sobre la estructura obsesiva.

En aquella ocasión, el tema elegido fue “la neurosis de angustia y la obsesión”, y pudimos entonces recorrer toda la constitución del sujeto obsesivo ordenada desde la función central de la defensa que esta neurosis organiza frente a la angustia.

No volveré a las complejidades de la alta tecnología lacaniana, ya que el tema de hoy nos sitúa en un lugar mucho más sencillo en el marco de la clínica diferencial.

Sencillo porque entiendo que lo que me habéis pedido supone no la diferencia entre estructuras clínicas, como sería entre obsesión e histeria o entre neurosis y psicosis por ejemplo. Entiendo el tema de hoy como la diferencia entre dos perspectivas de la clínica o como entre dos formas distintas de clasificación de un mismo sufrimiento humano: el padecer obsesional y su manifestación como compulsión. Se trataría de establecer las diferencias entre la estructura obsesiva tal como es para el psicoanálisis y la descripción que realiza el DSM 4 como Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Intentaré mantenerme en los términos generales de estas diferencias.

El problema de la obsesión no es nuevo. En la historia de la clínica hay que situarlo mucho antes de Freud y de las clasificaciones tipo DSM que representan un último intento dentro de la psiquiatría.

J.J.Gorog y otros señalan en “Histeria y obsesión” el bello origen del término obsesión a mitad del siglo XV, derivado del latín “obsidere” que evoca la acción de sitiar.

Desde entonces las descripciones de la fenomenología obsesiva se pueden encontrar como reconocimiento de una particularidad del pensar o del ser como una imposición.

Pero fue Freud quien a finales del siglo XIX el que organiza como una neurosis esta forma en que “la imagen o la palabra se impone a la mente pese a ella”. Es entonces, Freud, el que definitivamente distingue una entidad clínica específica de estos fenómenos, reuniendo todas las descripciones clínicas que la psiquiatría realiza de cada fenómeno para organizarla dentro de lo que él llamó la **Zwang-neurose** en su texto “Las psiconeurosis de defensa” de 1894.

También Janet había distinguido como “**psicastenia**” una entidad clínica de la obsesión, pero a diferencia de Freud explica su fenomenología como un “déficit de la función de lo real”, lo que puede hacer suponer un territorio común entre estos fenómenos y los de la psicosis.

En cambio Freud sabemos que partió de la histeria y su versión de la obsesión está dentro del campo de la neurosis.

La evolución final del pensamiento freudiano sobre la neurosis obsesiva lo encontramos en “Inhibición, Síntoma y Angustia” de 1926, pasando por “El hombre de las ratas” de 1909.

Lacan no agrega nada nuevo a la perspectiva freudiana sobre esta neurosis, simplemente se mantiene en la misma perspectiva, incluyendo el **objeto a** como el objeto donde se juega la angustia frente al deseo y ante la cual se organiza la defensa obsesional.

Bien, intentaré organizar las diferencias entre la perspectiva psicoanalítica y la del DSM en relación a 3 vectores:

- 1- La perspectiva fenómeno-estructura, que es casi evidente
- 2- La perspectiva general del síntoma, y
- 3- El término de compulsión

Veamos en primer lugar que nos dice el DSM sobre el llamado **Trastorno Obsesivo Compulsivo**.

Lo primero que nos indica es que es un trastorno, o sea no se trata de una entidad nosológica, y que presenta, a mi entender, una serie de manifestaciones tanto clínica como etiológicamente heterogéneas.

El **DSM-4-R** distingue entre **trastorno-obsesivo compulsivo de ansiedad** y el **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**.

Desde nuestra perspectiva podemos distinguir que en el primero se prima la compulsión, y en el segundo la obsesión. Podemos inferir que el primero se refiere a la gran crisis obsesiva y en el segundo a las características más propias del carácter obsesivo.

Define el **TOC** como: *“presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdida de tiempo significativas (más de una hora diaria), o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo”*-en el llamado TOC como trastorno de ansiedad.

En el **TOC como trastorno de la personalidad** encontramos coincidencias nominales en la fenomenología con el de ansiedad, pero a diferencia de aquél, no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones siendo propio de él *“la preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control”*. Uno tiene su origen, o puede manifestarse en la infancia y el segundo se presenta en la edad adulta.

Puede haber coincidencia de ambos trastornos.

En el **TOC por ansiedad**, las obsesiones son reconocidas por el sujeto como exageradas o irracionales aunque el sujeto cree en ellas, mientras que en el **TOC como trastorno de personalidad** el sujeto no cree en ellas.

Define **las obsesiones** como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistentes que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan ansiedad o malestar significativos.. El individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde afuera.

Las obsesiones son ideas recurrentes, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivos u horrorosos y fantasías sexuales. Estas obsesiones se intentan ignorar, suprimir o neutralizar mediante otras ideas o actividades que son las compulsiones.

Define las **compulsiones** como comportamientos o actos mentales de carácter recurrentes (rezar-contar) cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En este sentido no se consideran como **TOC** las actividades compulsivas que producen placer como el juego, el alcoholismo o las perversiones.

El carácter egodistónico es esencial en el diagnóstico diferencial.

Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Durante el ataque obsesional el individuo puede no reconocer que sus obsesiones son excesivas o irracionales y en este caso el criterio clínico es el de poca conciencia de enfermedad.

El **DSM** nombra todas las características que podemos encontrar en el sujeto obsesional, aislamiento, anulación, dudas, postergación...etc, pero no dice nada de la etiología de los mismos.

Señala que debe diferenciarse de los trastornos psicóticos, pero la descripción es tan heterogénea que muchos de los fenómenos descriptos podemos encontrarlos en la psicosis, fundamentalmente en la paranoia.

Dejando el fenómeno a este nivel, la clínica psiquiátrica, que ha producido finas descripciones de cada manifestación patológica, queda anulada y reducida a una simple función farmacológica.

Fuera de este abordaje, la clínica diferencial se vuelve compleja y confusa. Tenemos una descripción fenomenológica cuyas manifestaciones no son correlativas al sujeto que las padece. Lo que tenemos es un abordaje, tanto desde la terapéutica como desde la clínica diferencial, que parte del arsenal químico hacia el fenómeno y no al revés como sería desde una perspectiva verdaderamente fenomenológica.

El psicoanálisis funciona de otra manera.

Respecto a las neurosis, Freud se inventó su propia clínica intentando comprender desde una perspectiva causal las manifestaciones clínicas del sujeto.

Pero también es importante señalar que el psicoanálisis partió de una renuncia a toda toma de partido en el plano del discurso común, partió de la evitación de ese plano. *“El psicoanálisis se atiene a un discurso diferente, inscrito en el sufrimiento mismo del ser que tenemos frente a nosotros, ya articulado en algo que se le escapa, sus síntomas y su estructura”*(J. Lacan: Seminario 3)

Entonces si hablamos de neurosis obsesivas partimos de que no es simplemente fenómenos, síntomas o trastornos, sino estructura.

Que se trata de una estructura quiere decir que está condicionada por la combinatoria de una serie de elementos. El abordaje psicoanalítico no está determinado por la perspectiva, por ejemplo, del discurso de la libertad, aunque ese ideal siempre esté presente en el interior de cada uno y produzca discordancias y contradicciones. Esos son los efectos del discurso común, respetable, pero no clínico.

“El psicoanálisis pone la mira sobre el efecto del discurso en el interior del sujeto, en otro lugar” (J.Lacan: Sem. 3). No se trata de la adecuación o no del sujeto al discurso común, sino a los efectos del discurso, entendido como combinatoria, sobre el sujeto. Entendemos eso por estructura.

Freud comenzó a articular la estructura de las neurosis, como todos saben, a partir de la histeria. Un mecanismo causal, **la represión**, que hace que un recuerdo actúe como si fuese actual. Ese recuerdo tenía la característica de ser sexual, de pertenecer a la infancia y de estar producido por la acción de un adulto. Si en la histeria, el sujeto ha reaccionado a este incidente, que luego Freud va a darle estatuto de fantasía, de manera sexualmente pasiva, con indiferencia y repugnancia, en la neurosis obsesiva, esta experiencia generó placer y el sujeto fue activo. De este goce anticipado surgen las ideas obsesivas como reproches

desfigurados por el trabajo del inconsciente. Los mecanismos psíquicos aquí utilizados son **la defensa y el desplazamiento**.

Estamos en el orden de la etiología de la enfermedad.

En consecuencia, si el escenario del padecimiento histérico es el cuerpo, el del obsesivo es el pensamiento.

Pero ambas neurosis son la respuesta de los efectos de discurso sobre el sujeto. Se trata de que tanto la neurosis histérica como la neurosis obsesiva suponen en su estructura los términos sin los cuales el sujeto no puede tener acceso a la noción de su facticidad respecto de su sexo en una (histeria), de su existencia en otra (obsesión). A estas cuestiones responden en tanto estructura. (*J.Lacan: Escritos: El Psa y su enseñanza*).

Sin embargo si progresamos en el estudio de Freud sobre la neurosis obsesiva, finalmente él nos dirá: **la neurosis obsesiva es un dialecto de la histeria**.

Bien ya sabemos que se trata de una neurosis con su estructura propia, no es lo mismo una neurosis histérica que una obsesiva. Pero la estructura obsesiva está construida como una dialéctica sobre el discurso de la histeria, que es el discurso de los efectos del deseo sobre el sujeto, que representa la división subjetiva. Respecto a esto el neurótico obsesivo se defiende.

Entonces traducimos a Freud diciendo: toda neurosis es estructuralmente en el fondo histérica. Supone una posición, una respuesta del sujeto a la dialéctica del deseo. En esto diferenciamos las neurosis de la psicosis.

Esta posición del sujeto ante el deseo constituye la función del fantasma en cada neurosis, a saber: para la **fobia**: el deseo prevenido, para la **histeria**: el deseo insatisfecho y para la **neurosis obsesiva**: el deseo imposible.

La estructura obsesiva pone de relieve, al máximo, la función mayor del deseo, que consiste en que a la hora del encuentro deseado, mantener ese momento a distancia, esperarlo... (*J.Lacan: Sem 6: El deseo y su interpretación*).

Así tenemos que el deseo, y esto es pre-freudiano, está escondido y sabemos qué trabajo nos da desenmascararlo, si alguna vez lo logramos...

Entonces muy brevemente, tenemos un orden causal y una ordenación estructural de una neurosis, pero eso no es suficiente...

Pasemos a algunas nociones generales sobre el síntoma en la neurosis obsesiva.

Un síntoma se diferencia de un trastorno en la medida en que si éste último representa una disfunción de la actividad normal, el síntoma, además, es la expresión visible de una patología. Expresa para el individuo, que algo va mal.

Para el Psicoanálisis, además, supone la indicación clínica de una **verdad** que ha sido rechazada en la constitución de la subjetividad y una forma paradójica de **satisfacción** que como tal es desconocida por el sujeto.

Quiere decir que el síntoma, para el psicoanálisis no siempre está constituido en su forma clásica. No siempre es visible. Un síntoma rápidamente puede llegar a ser egosintónico o egodistónico, pero lo que importa es adonde apunta esa sintonía o esa distonía. El psicoanálisis diferencia este reconocimiento si es realizado por el yo o si es percibido por el sujeto. No es la misma cosa. Para que el sujeto tenga un insight, una comprensión íntima del síntoma es necesaria la labor analítica, la instalación en la cura de la transferencia analítica.

Esto en la neurosis obsesiva es vital.

Cito un pasaje del Seminario 10, de J.Lacan sobre la angustia:

“...merece ser destacado un dato de nuestra experiencia que se presenta ya en las primerísimas observaciones de Freud y que constituye, diría yo, aunque no se haya observado como tal, quizás el paso mas esencial en la avanzada por la neurosis obsesiva: que Freud y nosotros mismos hemos reconocido y podemos reconocer diariamente el hecho de que la marcha analítica no parte del enunciado del síntoma según su forma clásica, definida desde el principio, la compulsión con la lucha ansiosa que la acompaña, sino del reconocimiento de lo siguiente: que eso funciona así. Este reconocimiento no es un efecto separado del funcionamiento del síntoma, no es epifenoméricamente como el sujeto tiene que darse cuenta de que eso funciona así”

El síntoma sólo queda constituido cuando el sujeto se percata de él, y esto especialmente en la neurosis obsesiva donde vemos que en muchos casos el sujeto no repara en sus obsesiones, no las ha constituido como tales. Entonces es necesario el trabajo analítico para que el síntoma se constituya en su forma clásica, para que pueda ser **“atrapado con los oídos”**, hacer presente lo no asimilado del síntoma por el sujeto.

Si decimos que el escenario del síntoma en la neurosis obsesiva es el pensamiento, vemos la dificultad de este reconocimiento.

El síntoma obsesivo no es exclusivamente la obsesión y la compulsión, sino también toda la estructura en que se expresa. Por ello es tan difícil apresararlo, porque si a algo se parece es a un laberinto. Vale más por su función que por su expresión.

El síntoma obsesivo está relacionado íntimamente con el significante y revela las exigencias del Super-yo.

Todos conocemos la fórmula de Lacan para entender a Freud: “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”. Quiere decir que el sujeto del inconsciente siempre tiene como interlocutor a una figura del lenguaje que llamamos A.

A	a'
a	S

En la neurosis obsesiva la relación con este A está significada como una Demanda imperativa del A sobre el Sujeto. Es la fórmula obsesional de resolver esa relación evanescente con el deseo.

A nivel del diagnóstico diferencial, si nos manejamos exclusivamente con la fenomenología, podemos dudar entre una psicosis y una neurosis obsesiva. Pero en el diagnóstico por estructura nada es más opuesto a la psicosis como la Neurosis Obsesiva.

El obsesivo hace exactamente lo contrario del psicótico. El obsesivo incorpora el objeto, supera el plano de la identificación y entonces ante una situación de pérdida en lo real, por ejemplo un encuentro con lo no-asimilado, si en la psicosis hay un retorno de lo real en lo simbólico forcluído a modo de delirio, alucinaciones, etc., en la neurosis obsesiva hay una movilización del significante, hay pensamientos, hay síntomas.

Si en la psicosis hay un retorno de un padre que no ha sido incorporado, en la neurosis obsesiva hay la incorporación de un padre que ha sido asesinado. Su interlocutor siempre es un muerto y su interlocución es por medio de la culpa. El diálogo del obsesivo siempre es consigo mismo.

En esta dialéctica podemos poner toda la manifestación sintomática del obsesivo: duda, postergación, monólogo interior, anulación, aislamiento, verificación, procrastinación, etc.... ¿Cómo se accede clínicamente al síntoma en la neurosis obsesiva?

Si lo intentamos por la vía del significante como intento de comprensión, por la vía de la lógica del discurso común, con el obsesivo solo perdemos el tiempo, el análisis se hace interminable.

Es necesario recorrer el laberinto para acceder a alguna puerta que nos permita atravesar las fortificaciones lógicas del pensamiento obsesivo.

La única vía de acceso es por medio del fantasma, ya que éste es el único acceso a lo real de que disponemos.

El obsesivo con su síntoma sólo puede anticipar demasiado tarde, únicamente el fantasma está a la hora de su deseo.

No quiere decir que debamos anticipar el fantasma en la cura, sino que esa es la vía a la que hay que apuntar y no la del reconocimiento como tal del síntoma.

Como dije antes el síntoma sólo podrá ser reconocido, si guiados por el fantasma podemos producir esa conmoción para el obsesivo que supone el encuentro con la división subjetiva que el significante produce.

El deseo obsesivo porta el anhelo de muerte para el A y esto le retorna como castigo. El síntoma obsesivo intenta realizar la hazaña de anticiparse al retorno sobre sí mismo de este anhelo de muerte. Por ello el castigo cae sobre el acto antes de que sea realizado. Allí él siempre posterga...

En la cura se trata de constituir la causa de su deseo (el objeto a) que podemos situar entre el otro imaginario y el Otro simbólico, y que, si bien está presente desde el principio en el síntoma, el obsesivo lo anula permanente por medio de ese mecanismo tan insistente de la verificación.

En consecuencia, en la cura de la neurosis obsesiva de lo que se trata es de implicar la causa en el síntoma.

Para ilustrar esto quiero leerles un pasaje del Seminario 4 de J.Lacan:

***“La neurosis obsesiva es una noción estructurante que puede expresarse aproximadamente así: ¿qué es un obsesivo?. En suma es un actor que desempeña su papel y cumple cierto número de actos como si estuviera muerto. El juego al que se entrega es una forma de ponerse a resguardo de la muerte. Se trata de un juego viviente que consiste en mostrarse invulnerable. Con este fin, se consagra a una dominación que condiciona todos sus contactos con los demás. Se le ve en una especie de exhibición con la que trata de mostrar hasta donde puede llegar en ese ejercicio, que tiene todas las características de un juego, incluyendo las características ilusorias-es decir, hasta donde puede llegar con los demás, el otro con minúscula, que es sólo su alter ego, su propio doble. Su juego se desarrolla delante de otro que asiste al espectáculo. El mismo es solo un espectador, y en ello estriba la posibilidad misma del juego y del placer que obtiene.*”**

Sin embargo, no sabe que lugar ocupa, esto es lo inconsciente que hay en él. Lo que hace lo hace a título de coartada. Esto sí lo puede entrever. Se da perfecta cuenta de que el juego no se juega donde él está, y por eso casi nada de lo que ocurre tiene para él verdadera importancia, lo cual no significa que sepa donde ve todo eso". (Clase 2).

Para finalizar y poder establecer lo que a mi me ha parecido destacable en la diferencia entre el llamado trastorno obsesivo compulsivo y la estructura obsesiva, quiero decir algo muy breve y simple sobre el término compulsión. Este término, como tal, no tiene estatuto conceptual en la teoría psicoanalítica. En Psicoanálisis el concepto es el de **compulsión a la repetición**. No lo voy a desarrollar, pues sería muy complejo y merecería el desarrollo de un seminario o de una clase completa. Daré algunas nociones muy simples, de un tema complicado, solo para establecer la especificidad y la diferencia.

Freud desde sus primeros trabajos establece dos principios de funcionamiento del aparato psíquico: **el principio del placer** que se opone a **el principio de realidad**. Pero verifica además la tendencia del aparato a la **repetición**. Esta es generadora de tensión. ¿Porqué? porque supone la implicación de la pulsión en el sistema. En un principio, el denominó **Zwang**, a esta presencia de la reiteración.

La expresión **compulsión a la repetición** la incorpora Freud cuando establece la pulsión de muerte como dominante en el aparato.

En este sentido, la **compulsión a la repetición** estaría mas allá del **principio del placer**. Se trata de algo que no satisface al principio del placer que intenta el automatón, el funcionamiento automático, por sí mismo.

Así, simplificando mucho, la **compulsión a la repetición**, que Freud llamó **Wiederholungszwang** se opone al automatón, ya que supone algo diferente al automatismo. La compulsión a la repetición significa la **insistencia**.

Hay en el inconsciente la presencia de la pulsión como una insistencia. Por ello conviene entender la compulsión en la neurosis obsesiva como la presencia de una insistencia de la pulsión de muerte, más que como un automatismo que podríamos situar dentro de la defensa obsesional, en el orden de la estrategia del obsesivo con la muerte.

Hugo A. Rotmistrovsky
Málaga, 17 marzo 2005.

