



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

EL FENÓMENO OBSESIVO EN ESQUIZOFRENIA PSEUDOBSESIVA

Aproximaciones hacia la comprensión del fenómeno obsesivo compulsivo en la psicosis esquizofrénica desde una perspectiva psicoanalítica

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

ALEJANDRO RICARDO ÁGUILA ZÚÑIGA

**Profesor Guía:
Roberto Aceituno Morales**

**Revisores:
Esteban Radiszcz Sotomayor
Catalina Court Mesa**

Santiago de Chile, año 2016

EL FENÓMENO OBSESIVO EN ESQUIZOFRENIA PSEUDOBSESIVA

Aproximaciones hacia la comprensión del fenómeno obsesivo compulsivo en la psicosis esquizofrénica desde una perspectiva psicoanalítica

RESUMEN

Las manifestaciones obsesivas compulsivas en casos de psicosis esquizofrénica, lo cual no es poco frecuente, complican la acostumbrada comprensión y al mismo tiempo división entre psicosis y neurosis, tanto desde el paradigma médico psiquiátrico, como desde el psicoanalítico.

El problema de lo obsesivo en lo esquizofrénico se trata, en esta tesis, a través de una revisión bibliográfica; tomando de base las nociones teóricas psiquiátricas clásicas y actuales en torno al problema del fenómeno esquizobsesivo. Luego mediante la revisión de las perspectivas psicoanalíticas freudiana y lacaniana estructuralista, se logra una aproximación hacia la comprensión del fenómeno obsesivo compulsivo en la psicosis esquizofrénica.

La tesis planteada, es que el retorno del significante del carácter arbitrario de la ley es lo central en el fenómeno obsesivo en esquizofrenia. La obsesión en esquizofrenia no representa una metáfora sustitutiva, sino es la traducción del goce determinado desde el inconsciente.

PALABRAS CLAVE

Fenómeno Obsesivo Compulsivo.

Psicosis.

Esquizobsesivo.

Dedicado a la compañera de mi vida,

Andrea

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento a mis profesores que de manera directa o indirecta colaboraron en la realización de la presente tesis, pero por sobre todo, a los que encaminaron mi falta de conocimiento hacia el saber psicoanalítico; Hugo Rojas, Pablo Cabrera, Esteban Radiszcz, Catalina Court, Horacio Foladori y en especial mención a mi tutor, Roberto Aceituno.

“Hay tres modos de conservar un Estado que, antes de ser adquirido, estaba acostumbrado a regirse por sus propias leyes y a vivir en libertad: primero, destruirlo; después, radicarse en él; por último, dejarlo regir por sus leyes...”

Nicolás Maquiavelo, 1513.

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
1° CAPITULO: CONCEPTUALIZACIONES INICIALES	
• Psicosis y neurosis en la historia de la clínica psicopatológica.....	7
• Esquizofrenia y Trastorno obsesivo en la historia de la clínica psicopatológica.....	12
• Automatismo mental y Repetición Obsesiva	18
2° CAPITULO: LO ESQUIZOBSESIVO EN PSIQUIATRIA	
• La clínica ¿pseudoneurótica o pseudopsicótica?	24
• Criterios clínicos de lo esquizoobsesivo	27
3° CAPITULO: REFERENCIAS PSICOANALÍTICAS DEL PROBLEMA	
• El síntoma obsesivo en Freud y Lacan.....	34
• Concepción de Psicosis	50
• Mecanismo Psicótico	57
4° CAPITULO: DISICUSION FINAL	
• Discusión final	62
• Palabras finales	75
BIBLIOGRAFIA	76

INTRODUCCION

Psicosis y neurosis son los conceptos ejes que comandan históricamente la psicopatología psiquiátrica y psicoanalítica, definiendo criterios no sólo teóricos sino también técnico pragmáticos. Sin embargo la tendencia a su diferenciación suele chocar con la realidad clínica en el ejercicio de esta disciplina, lo cual ha engendrado el controversial campo de lo limítrofe.

En esta perspectiva, aparecen las manifestaciones obsesivas compulsivas en casos de psicosis esquizofrénica, que no es poco frecuente, haciendo que su comprensión se complique, no solo desde el paradigma médico psiquiátrico, sino que también desde el psicoanalítico.

Pese a que teóricamente, psicosis y neurosis se suelen contraponer, la diferencia entre un fenómeno neurótico y uno psicótico no siempre es tan clara en la práctica. Al respecto, aparece una realidad en la clínica de la esquizofrenia, que consiste en pacientes que expresan la vivencia de manifestaciones obsesivas y compulsivas, acompañando a otros fenómenos esquizomorfos, algunos más graves que otros, pero que en conjunto dan la impresión de mantener, en apariencia, cierta relación con la realidad extra-psíquica e incluso con relativa capacidad de juicio. A estos cuadros se le suele llamar Pseudoneurosis esquizofrénicas o esquizoneurosis (Ey, H. 1978).

En la formación psicopatológica se enseña que el diferencial fenoménico entre una obsesión vera, frente a una pseudoneurótica está dada, por la duda versus la certeza delirante correspondientemente. Es decir lo iterativo del escrupulum y las repetidas actuaciones ligadas a la idea obsesiva, están sostenidas por una certeza apodíptica incorregible que no admite dudas y por tanto delirante. Tal como se describe entonces, la distinción se basa en la conciencia de enfermedad que tiene el obsesivo frente al fenómeno, del que el esquizofrénico carece (Vallejo, J. 2000).

Sin embargo, dos hechos clínicos en este tipo de pacientes dificultan aceptar, sin cuestionar, las diferencias señaladas:

1- Existen pacientes que luego de un tiempo de vivenciar una prolongada o intensa duda patológica y actuaciones compulsivas expresan fenómenos psicóticos de tipo alucinatorio, paranoídeo y estuporoso. Esta realidad clínica, suele ser explicada como episodios psicóticos breves, depresión psicótica o como la descompensación de una personalidad limítrofe de base.

2- En algunos pacientes, que sufren de esquizofrenia y que muestran manifestaciones de aspecto “obsesivo y/o compulsivo”; el fenómeno no está sostenido por una certeza delirante, sino por la expresión de una molesta duda, generalmente con extrañeza y perplejidad.

El interés de esta tesis teórica, es explorar en este último punto y dar lugar a este problema tomando de base las nociones teóricas psiquiátricas y psicoanalíticas que interrogan el fenómeno esquizoobsesivo. De esta forma, se pretende lograr una aproximación hacia la comprensión del fenómeno obsesivo compulsivo en la psicosis esquizofrénica desde una perspectiva psicoanalítica.

Aún cuando en su origen emerge desde la tradicional observación médica del siglo diecinueve, el síntoma psicoanalítico deviene de un paradigma semiológico muy diferente al de la medicina. La teoría analítica freudiana, considera el síntoma neurótico como la manifestación subjetiva que expresa un conflicto inconsciente, considerándola además como la realización de una fantasía inconsciente que sirve de cumplimiento de un deseo.

Así, el síntoma es el retorno de una satisfacción sexual reprimida pero manteniendo el estatuto de la represión; al no ser recordado el contenido de lo reprimido, si no que solo conmemorado, y por tanto, cumpliendo una solución de compromiso entre la represión y el deseo. El carácter repetitivo y forzado, es vinculado con otro aspecto metapsicológico de la teoría analítica, la compulsión a

la repetición Este concepto abstrae el fenómeno obsesivo compulsivo más allá de la lógica de mensajería del síntoma neurótico y lo lleva a un registro y finalidad económico – pulsional (Chemama, R. 1996).

De esta forma, el síntoma desde el paradigma psicoanalítico cumple una función lógica, al cual se adscribe el síntoma obsesivo compulsivo. Sin embargo, esta lógica es perteneciente a las neurosis y por tanto el estatuto de síntoma es de dicha clínica. En este marco, surge la pregunta de ¿cómo la clínica de las psicosis, y en especial en esquizofrenia, el fenómeno obsesivo compulsivo puede ser comprendido?, o dicho de otra forma ¿es posible comprender la relación entre el fenómeno obsesivo y la psicosis esquizofrénica desde una aproximación teórico-clínica psicoanalítica?

Con la finalidad de acercarse a comprender la relación entre el fenómeno obsesivo y la psicosis esquizofrénica, desde una aproximación teórico-clínica psicoanalítica, primero se desplegarán las aproximaciones histórico-psiquiátricas del fenómeno obsesivo compulsivo; tensionando su comprensión como psicosis y neurosis hasta dar con lo propio de lo esquizobsesivo. En este sentido se pretende desarrollar los conceptos de psicosis, neurosis, esquizofrenia y obsesión como coordenadas de referencia para situar el fenómeno esquizobsesivo.

El primer capítulo de conceptualizaciones iniciales, se divide en tres partes: En la primera se abordará los conceptos de Psicosis y Neurosis desde el siglo XVIII hasta la actualidad, destacando los cambios que estos conceptos han tenido y que los han puesto en una condición de mutua exclusión. En la segunda parte, se realiza una descripción y desarrollo los criterios fenomenológicos de la esquizofrenia, siguiendo la perspectiva de Silva, y del trastorno obsesivo, basándose en Berrios; poniendo en tensión problemática los conceptos de resistencia, egodistonía y conciencia de enfermedad. Y por último, se desarrollará un análisis comparativo, en torno al concepto de impositivo en el fenómeno

obsesivo, con respecto al el fenómeno automatismo mental en la psicosis según Clerambault.

En el segundo capítulo se tratará el concepto de lo esquizobsesivo. En una primera parte, se desarrolla las diferentes posibilidades planteadas por la psicopatología psiquiátrica respecto a la interfase neurótica y obsesiva, cuestionando el carácter “pseudo”, como un intento de preservar la diferenciación teórica entre psicosis y neurosis obsesiva. Finalmente se definirá el concepto de esquizobsesivo en psiquiatría, coadyudado con las controversias que habitualmente se genera en la clínica.

En los capítulos posteriores, se describen conceptos psicoanalíticos sobre la psicosis y la neurosis obsesiva, de modo tal que generen referencias que permitan desarrollar una discusión y aproximación hacia el fenómeno esquizobsesivo.

En la primera parte del tercer capítulo se desarrollan las concepciones del síntoma obsesivo en la obra de Freud y parte de la de Lacan; planteando el modo por el cual opera dicha manifestación. Luego se trata la perspectiva freudiana de psicosis en contraposición con la de neurosis. Además se toca la noción lacaniana estructuralista de psicosis en contraposición con el concepto de síntoma psicoanalítico y se expone cómo operan los fenómenos elementales.

En la última parte de este capítulo, se exponen las distinciones del funcionamiento de los fenómenos psicóticos, especialmente en esquizofrenia, basándose en parte de la obra de Lacan y específicamente desde la perspectiva de Calligaris.

En el último capítulo y a la luz de lo desarrollado teóricamente, se pone en relación el fenómeno obsesivo y la psicosis esquizofrénica, planteando el entendimiento del fenómeno esquizobsesivo no como una función sino como

goce, de modo tal de entenderlo como retorno del significante del rasgo del carácter arbitrario de la ley.

La presente tesis no es, ni pretende ser, una extensa y acabada teorización sobre el fenómeno obsesivo en esquizofrenia, sino constituir un marco desde el cual aportar una posible comprensión de esta interfase clínica.

1° CAPITULO

CONCEPTUALIZACIONES INICIALES

PSICOSIS Y NEUROSIS EN LA HISTORIA DE LA CLÍNICA PSICOPATOLÓGICA

Desde el comienzo y hasta fines del siglo XIX la psicosis, o al menos sus conceptos sinónimos, constituía una clase particular de neurosis. El concepto *neurosis* propuesto por William Cullen en 1777 en la *Neural Pathology* escocesa, en los “*Principios elementales de la medicina práctica*”, se refería a toda afección funcional del sistema nervioso que carecía de fiebre o de lesión localizada. Las neurosis se clasificaban en Comas, Adinamias, Espasmos y Vesanias. Estas últimas, heredadas de la glosa de la tradición médica de Celso del siglo I, se referían a lo que se podría homologar con la alienación mental, que en esta perspectiva, se define como enfermedades del entendimiento. Las Vesanias se caracterizarían por una falsedad del juicio y se diferenciarían del Frenesí, las cuales exhibiendo las mismas características centrales, el delirio es producto de una inflamación visceral, lo que se identifica por cursar con fiebre (Maleval, 1981).

Es destacable que en el momento que se origina el concepto neurosis, se reconocen manifestaciones psíquicamente enfermas, las que no tienen explicación meramente orgánica-somática con los recursos teóricos y exploratorios de la medicina de ese entonces, lo cual contextualiza una vez más el dualismo cuerpo mente.

En el intento de dejar, en los límites de la teoría y práctica médica, el comportamiento humano, automáticamente se produciría la necesidad de recurrir a un campo que está fuera de lo demostrable por su metodología, es decir, el campo psíquico.

En ese entonces el sistema nervioso era considerado el origen y centro de control de los fenómenos vitales, tanto en manifestaciones saludables como en enfermedad. Bajo este supuesto, en ese entonces era lógico pensar, que en esta “enfermedad de los nervios” o neurosis, el órgano que debería enfermar, aunque

no existiese evidencias de daño anatómico o afectación febril, era el sistema nervioso (Baca, E. 2006) & (Maleval, 1981).

Más de medio siglo después, en 1845, aparece la denominación *psicosis*, en el *“Manual de psychologie médicale”* del médico vienes, Ernst von Feuchtersleben y para referirse a la alienación mental. La característica de esta condición, sería la confusión del mundo interno y el externo, paradigma de la enfermedad mental. Según Von Feuchtersleben en la psicosis, previa y posteriormente a su manifestación, existe la base de una alteración de la imaginación; entendiéndolo por ella el trastorno de la manera que el sujeto se representa al mundo y sus objetos; *“Por debajo de la imaginación encontramos la enfermedad de los nervios y por encima de la imaginación se hallan las alteraciones del pensamiento, los pensamientos y la voluntad”* (Baca, 2006, p8).

Frente a esta concepción, existe diferencia entre autores. Si la definición del médico Vienes, se opone o no al de neurosis, es probable que esto se deba a que la característica señalada de la psicosis, en tanto confusión del mundo interno y el externo, sea forzosamente homologado con la alteración o trastorno entre la relación entre mente y el cuerpo, que supone al cuerpo como exclusivamente externo y la mente como algo netamente constituido, en y desde lo interno (Baca, 2006).

Sin embargo, es el mismo Von Feuchtersleben, el que señala *“Toda psicosis es al mismo tiempo una neurosis porque sin intervención de la vía nerviosa, no se manifiesta ninguna manifestación de lo psíquico, pero no toda neurosis es a igual título una psicosis”* (Von Feuchtersleben, 1845, citado en Maleval, 1981, p257).

En este campo conceptual, las psicosis son enfermedades preferentemente crónicas y de causa generalmente física. Sin embargo también se señala, que si estas causas no producen alteraciones orgánicas permanentes irreparables, son psicosis de curso evolutivo más favorable que las de causa psíquica (Baca, 2006).

Si bien esta perspectiva es una mirada que despliega el concepto original de Cullen, se puede decir que nuevamente la brecha entre lo orgánico-físico y lo psíquico-mental, no se resuelve, al menos en su explicación etiológica.

Ante esta solución de continuidad entre lo orgánico y lo psíquico, durante el siglo XIX, se levantaron dos escuelas antagónicas, los *Somatiker* (somatistas) y los *Psychiker* (psiquistas). Esta última, radicada en Alemania, consideraba las psicosis como una neurosis, es decir, producto de una irritación nerviosa sin etiología orgánica conocida, con características clínicas psíquicas específicas. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XIX, gana paulatinamente hegemonía, la tesis somatista cuyo principal representante fue el neurólogo alemán Wilhelm Griesinger, y cuya concepción de la psicosis era considerarla como una patología grave de etiología orgánica, que como consecuencia trastornaba en forma importante las relaciones sociales y por ende justificaba la internación del enfermo al asilo de alienados (Maleval, 1981).

La entrada de las concepciones órgano mecanicistas, impulsado por los descubrimientos anátomo-patológicos y de los agentes etiológicos de la parálisis progresiva o neurosífilis, la psicosis de Korsakof, la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick, impulsó la tesis de que las psicosis son patologías graves de etiología orgánica, inaugurando así la dicotomía entre neurosis y psicosis, división que más que clínica es etiológica y política. Este concepto de psicosis, llegó a tal predominancia, que se erigió ya no como paradigma de las enfermedades mentales, sino, así como Littré lo designaba en la Francia de 1860, como el término genérico de las enfermedades mentales. Dicho de otro modo, lo mental es lo orgánico. La neurosis al carecer de explicaciones orgánico-biológicas como en el campo de las psicosis, fue relegada del registro médico psiquiátrico, hasta el nivel de que su existencia fue puesta en tela de juicio (Maleval, 1981).

Sin embargo el concepto de neurosis siguió sosteniéndose. Los hallazgos objetivos de la anatomía patológica, disciplina médica científica que en última instancia explica la alteración de los órganos que causan las enfermedades orgánicas, no podían dar cuenta de la etiología ni etiopatogenia de varias de las

enfermedades mentales o psicosis. Los conceptos neurosis o funcional, eran los conceptos que señalaban la ignorancia en las manifestaciones medicas y por tanto de características mentales. Ahí donde no se podía hallar el agente causal y la afección histopatológica neuronal o corporal, suponía una alteración ya no anatómica sino funcional, que aunque no demostrable, se suponía que existía ahí. Acercamientos histórico y sociológico a este problema, basándose en Marx, Nietzsche, Bergson, entre otros, abren la tesis psico-sociológica de una crisis en la cultura y creencias históricas de la burguesía, lo cual amenaza socialmente al hombre, quien ante las condiciones de la vida moderna sufriría un malestar psíquico, cuyo paradigma sería la neurastenia o fatiga psíquica acuñado por Beard en 1869 en norteamericana (Maleval, 1981).

Kraepeline, Bleuler y Kretschmer consecutivamente a fines del siglo XIX y principio del XX, sin renunciar a sus teorías de etiología orgánicas de las psicosis, paulatinamente en su obra dan espacio a las determinantes psicogénicas de ellas. El primero da lugar a las afecciones psicógenas en su nosografía e incluso incluye en ella el delirio de querulancia al separarlo de la paranoia en 1915. Por su lado Bleuler en relación a la esquizofrenia y Kretschmer en relación al delirio sensitivo, sugieren una predisposición biológica de ellas pero la causa, forma y curso del delirio dependen de determinantes psicogénicos (Maleval, 1981).

Paralelamente, el desarrollo de la teoría de la Neurosis del campo psicoanalítico Freudiano, logró mantener vigente este concepto y sus determinantes psicológicas, evitando que sea absorbido por el paradigma orgánico. Sus aportes nosográficos entre neurosis de defensa y en especial, el de neurosis narcisista, si bien nunca aceptado como tal, en el discurso hegemónico de la época sobre psicosis, al menos logra influir a tal punto la psiquiatría que reaviva la atención por la neurosis desde una perspectiva ya no hiper-biologicista, lo cual trae como consecuencia la histórica división etiológica de las concepciones de la enfermedad mental, neurosis-psíquica v/s psicosis-orgánica (Maleval, 1981).

Frente a esta mantenida división sobre lo etiológico, en relación a la enfermedad mental y las carentes explicaciones orgánicas de las psicosis funcionales o endógenas (esquizofrenia, paranoia vera, psicosis maniaco depresiva y psicosis melancólica), en la "*Psicopatología Clínica*" a mediados del siglo XX, Kurt Schneider responde con un concepto rigurosamente científico. A juicio de él, psicosis se caracterizaría por una anomalía psíquica morbosa y por tanto, indistintamente a su gravedad; se asocia a un proceso orgánico morboso, dejando fuera del concepto toda alteración psíquica de causa no orgánica, indistintamente a su gravedad (Baca, 2006) & (Maleval, 1981).

Schneider va aún más allá, al plantear que las neurosis no son tales, pues no son trastornos de los nervios, sino trastornos psíquicos, para lo cual prefiere acuñar el concepto de "variedades anormales del ser psíquico o reacciones vivenciales anormales". Sin embargo con esta rigurosidad conceptual, no sólo corta la coordenada de gravedad en el concepto de psicosis, como una enfermedad mental grave, sino que no resuelve la desconocida base orgánica de las psicosis endógenas y solo puede suponer una disfunción a un nivel plausible pero poco comprobable en ese momento, que sería el celular y molecular (Baca, 2006) & (Maleval, 1981).

Este supuesto es recogido y desarrollado por las neurociencias, lo que se ha convertido en la búsqueda del eslabón perdido necesario para encadenar la psiquiatría como ciencia natural o como se la llama hoy en día "psiquiatría biológica". En este respecto uno de sus principales representantes es Eric Kandel, premio Nobel de medicina del 2000, quien señala que un individuo esquizofrénico, no sería esquizofrénico, sino que padece de esquizofrenia. Sin embargo, pese a que aparentemente es una concepción somatista, no niega la influencia de los factores extracerebrales psicosociales en la génesis y curso de la psicosis (Baca, 2006).

Sin ánimo reduccionista y reconociendo que lo expuesto no es un acabado análisis histórico, es posible plantear que al menos en la psicopatología psiquiátrica actual, aún no se resuelve el dilema dicotómico, centrado en lo taxonómico y etiológico, entre neurosis y psicosis. Sin embargo, manteniéndose fiel a la postura somatista, la psiquiatría, deja fuera al sujeto de su malestar, mejor conocido como enfermedad mental.

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO OBSESIVO EN LA HISTORIA DE LA CLÍNICA PSICOPATOLÓGICA

Los esfuerzos históricos por agrupar las manifestaciones clínicas psiquiátricas de las enfermedades mentales, en características que a la vez las diferencien unas a otras, aún están vigente. Dichas manifestaciones conductuales, no pueden ser definidas, según la tradición médica biológica, como patologías, es decir con una causalidad etiológica que explique positivamente la sintomatología en el campo biológico, sino que también por la compleja transformación etiopatogénica de dichos hallazgos con el comportamiento humano.

La respuesta de la nosografía actual a esta brecha, es el concepto de trastorno mental, en la cual la conducta del hombre psíquicamente enfermo, se modifica o cambia de tal forma que constituye una alteración en la funcionalidad del individuo en sus dimensión social, personal y laboral, constituyendo un sufrimiento para él o los que los rodean (American Psychiatric Association, 2002 y 2013).

ESQUIZOFRENIA

En este contexto, la esquizofrenia se puede considerar definida desde un discurso que la considera una patología cerebral centrada en la hipótesis de disfunción dopaminérgica y glutamatérgica cortical y núcleos de la base, o en otro

extremo negar su carácter de enfermedad, sino desde la rebelión contra una sociedad opresiva y enferma (Silva, 2012).

Si bien el primer discurso es el actualmente hegemónico, en la práctica psicopatológica, no logra constituirse como un validador externo a la hora del diagnóstico, se sigue haciendo como ha sido la tradición en estos últimos doscientos años, mediante la entrevista y observación del clínico.

Las conceptualizaciones y características clínicas que construyen una definición de esquizofrenia, se cristalizan en tres etapas históricas: la clásica del siglo XIX, la de la escuela de Heidelberg en la primera mitad del siglo XX y la Moderna (Silva, 2012).

En la etapa clásica, Emil Kraepelin es reconocido por delimitar la Demencia Precoz y definir un carácter evolutivo de pronóstico. De esta manera da forma a un nicho diagnóstico que se refiere a los estados mórbidos de individuos jóvenes, en los cuales el debilitamiento de la vida afectiva, intelectual y voluntad evolucionan hacia una completa disgregación de la personalidad. Posteriormente en esta etapa, es Eugene Bleuler quien acuña el concepto de esquizofrenia, o mente dividida. A diferencia de Kraepelin, él privilegia el análisis del cuadro de estado, para delimitar y diagnosticar esta enfermedad cuestionando el concepto de demencia precoz, pues el deterioro evolutivo señalado sería a veces poco notorio o tardío. El acento diagnóstico lo basa en la escisión de las funciones psíquicas, es decir en una pérdida mayor o menor de lo afectivo, pensamientos e impulsos, que en los casos más intensos, la personalidad pierde su unidad. También señala que en otros casos, la psicosis es intermitente o incluso se detiene, pero sin una restitución *ad integrum*. Las manifestaciones clínicas son variadas, por tanto no hay una singular forma de expresión y evolución, pero primariamente se caracterizaría en; una perturbación del hilo asociativo del pensamiento o Alogia; una hipersensibilidad emocional que evolutivamente puede declinar hacia disociación entre ellos y la indiferencia o Aplanamiento afectivo; la Ambivalencia

afectiva, del acto y del pensamiento al mismo tiempo y sin vivencia de contradicción; y el desapego de la realidad externa objetiva con un predominio parcial o total de la vida intrapsíquica o Autismo (Silva, 2012).

En la segunda etapa Karl Jaspers, vuelve a rescatar el carácter evolutivo crónico de la esquizofrenia, al señalar el carácter procesal de ella, es decir aquel individuo que sufre esta enfermedad, sufre en su proceso vital una alteración psíquica, la cual es duradera en el tiempo, con la transformación y descomposición de la enfermedad. En el proceso el individuo sufriría un quiebre vital, sin que pueda identificarse una continuidad entre las características de la personalidad previa y posterior a este quiebre (Silva, 2012).

Kurt Schneider, diseña una agrupación operativa de síntomas de primer y segundo orden en esquizofrenia, que influye notablemente en las actuales nosografías vigentes. Sin ser patognomónicos ni exclusivos, los síntomas de primer orden tendrían un especial valor para el diagnóstico de esquizofrenia; percepción delirante, oír voces que dialogan entre sí o que comentan los actos del enfermo, robo o influencia o divulgación o sonorización involuntaria del pensamiento del enfermo, además, la experiencia de influencia corporal del sentir, de la voluntad o del actuar (Silva, 2012).

Al parecer, estos síntomas, no solo reúnen la característica de la confusión radical de la vivencia de lo extra e intrapsíquico, sino que señalan la vivencia, en mayor o menor manera, del despojo de la voluntad y autonomía que da sustancia al ser de cada individuo.

En la etapa moderna de las conceptualizaciones de la esquizofrenia en un contexto de investigación neurobiológica, T.J. Crow y Nancy Andreasen exponen, si bien con diferencias, en cómo se expresa la dimensión sintomática en un cuadro de estado agudo y en la evolución progresiva de esquizofrenia, señalan los síntomas positivos y negativos en una perspectiva continua. Los síntomas positivos son aquellos que se adicionan clínicamente en un enfermo, como el

delirio, la alucinación y los trastornos del pensamiento. La dimensión sintomática negativa, el aplanamiento afectivo, la pobreza del discurso y del contenido del pensamiento, retardo psicomotor y anhedonia, serían aquellos fenómenos producto de la pérdida de la personalidad del enfermo (Silva, 2012).

Los manuales nosográficos mas hegemónicos, DSM y CIE, no han logrado tener un discurso unitario en lo que se refiere a la definición y tipos de esquizofrenia, pero al menos sugieren tres dimensiones en las que el padecimiento adopta forma; delirante alucinatoria, desorganizada del lenguaje con conducta y afecto inapropiado o con síntomas negativos, los que se corresponden con los conceptos de Bleuler de la Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Hebefreno-catatónica y Esquizofrenia Simple (Ojeda, 2006).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Las manifestaciones psicopatológicas de la clínica obsesiva compulsiva, fueron desde el comienzo, fuente de controversia en las principales escuelas psiquiátricas de la Europa del siglo XVIII. La principal discusión se centraba si dicho fenómeno se trataba de una alteración del pensamiento, de la voluntad o de los afectos. (Berrios, 2008).

Esta última posición es la que prima desde fines del siglo XIX y es continuada por Pierre Janet, quien desarrolla el concepto de escrupuloso y repetición sin control como central de la obsesión. La característica de repetición sin control, es el más reconocido por la psicopatología, en tanto reúne el carácter iterativo de la obsesión. En este respecto, se refiere a la lucha del obsesivo, el cual rechaza la idea que lo embarga, por su carácter violento, sacrílego, homicida, suicida, vergonzoso o hipocondríaco, pero al mismo tiempo lo vivencia ideativamente como forzado a realizarlo, surgiendo el sentimiento de pérdida de control sobre su facultad de pensar voluntariamente (Janet, 1919).

Lo escrupuloso se refiere a la dificultad que todo obsesivo presenta a la hora de precisar lo que experimentan, rechazando de manera neta el poder contar detalladamente el contenido de sus ideas obsesivas. Es vacilante, confuso, repite sin avanzar, no termina la idea o expresa que sus dichos son insuficientes o contradictorios y no bastan para expresar lo que sufre. Esto no sería por timidez, sino obedece a una esencia del fenómeno que es la impotencia para hacer algo con precisión y para poder terminar algo (Janet, 1919).

Paralelamente, desde el siglo XVIII existía una discusión aún más interesante; esta era: Si el fenómeno obsesivo compulsivo se trataría de un tipo de locura o no. Como se explica anteriormente, en dicha época el concepto psicosis era el de enfermedad mental grave, y al ser la neurosis obsesiva en muchos casos intensa y crónica, podría ser, considerándola una forma de locura (Berrios, 2008).

Mucho más adelante, pero coherente a este hecho, Jaspers en la primera mitad del siglo XX, señalaría que existen neurosis difícilmente diferenciables de un proceso, como una tendencia a comprender el proceso como una neurosis, refiriéndose a la neurosis obsesiva, cuya sintomatología en ocasiones progresa y domina a la personalidad de un enfermo. Si bien Jaspers aclara que los procesos no son neurosis, en la neurosis obsesiva, un fenómeno extraño a la personalidad progresa como lo haría una enfermedad procesal, pero a diferencia de esta que crece desde el núcleo del existir, se desarrolla desde los conflictos de la personalidad misma que se expresan como sintomatología obsesiva (Jaspers, 1946).

Sin embargo esta brecha hoy en día se vuelve más borrosa nuevamente, al aparecer nuevos modelos neurobiológicos que intentan definir lo obsesivo compulsivo en una explicación centrada en el funcionamiento, o más bien coherentemente al paradigma, el mal funcionamiento en la integración de la circuitaría del córtex frontorbitario y los ganglios basales talámicos y caudado (Kaplan, & Sadock, 2004).

El cuadro nosográfico paradigmático, donde este síndrome se despliega por excelencia, es el trastorno obsesivo compulsivo, heredero conceptual de la neurosis obsesiva y que se caracteriza psicopatológicamente por tres rasgos; egodistonía, que es la vivencia de sentirse forzado sin control en alguna actividad psíquica ideativa cuyo contenido, por lo general, en los periodos más agudos suele ser de temas múltiples (infrecuente que sea monotemático), pero que se experimenta como propia y no como ajenos al yo; resistencia, referido a las diferentes maniobras activas que el individuo realiza para neutralizar el carácter forzado y llevar fuera del foco la atención que se tiene en el fenómeno obsesivo; esta resistencia es más tenaz frente a las ideas obsesiva y mucho menos o ausente frente a los actos compulsivos, los cuales en sí son, muchas veces maniobras para calmar la angustia que produce el fenómeno obsesivo. La resistencia frente a los fenómenos ideativos obsesivos suele debilitarse con el tiempo; insight, referido a la capacidad del enfermo de reconocerlo como claramente patológico (Vidal, 2015).

Precisamente, la resistencia egodistónica con insight sería lo que diferencia categorialmente el fenómeno escrupuloso del trastorno obsesivo compulsivo de otros fenómenos psíquicos intrusivos sufridos en esquizofrenia, a decir los fenómenos mencionados con anterioridad descritos como síntomas de primer orden de Schneider; los que se vivirá como una influencia ajeno al yo, sin conciencia de enfermedad (Vidal, 2015).

Sin embargo, la triada egodistonía-resistencia-insight no parece una característica tan categorial, pues existen cuadros de trastorno obsesivo compulsivo que salen de esta coordenada, cuestionando nuevamente, el opositor clivaje entre lo neurótico y lo psicótico. Este cuadro es conocido como trastorno obsesivo compulsivo psicótico (Vidal, 2015).

En este sentido se desprende la idea que existe un espectro psicopatológico, cuyo polo menos grave son las ideas obsesivas, siendo el polo más grave las ideas delirantes en la que se pierde la resistencia contra las ideas obsesivas y existiría una pérdida de conciencia de enfermedad; lo cual se

contrapone con la clásica concepción diferencial entre Trastorno Obsesivo Compulsivo y Esquizofrenia en base a la conciencia de enfermedad (Luque & Villagrán, 2000).

Por otro lado, la tradición en la formación didáctica psicopatológica, enseña que la diferencia categorial, entre la idea obsesiva y la delirante, es si se vive con duda para la primera o si se vive con certeza para la segunda. Sin embargo es el mismo Janet, quien señala, que la duda, de manera más o menos acentuada, es sólo la forma que puede adoptar la obsesión, pero no es lo esencial. Es decir que a la base de la duda, existe un desarrollo incompleto de la idea. En este sentido, aclara que la convicción es fruto de un desarrollo psicológico ideativo completo y en contraste la creencia sería un desarrollo incompleto (Janet, 1919).

El enfermo obsesivo no llega a creer ni a negar completamente su obsesión, sino que permanece en un estado intermedio lleno de contradicciones, reconociendo que sus ideas no son conforme a la opinión general, pero oscilando entre estar enfermo en un punto, pero no sobre todos, lo cual se manifiesta en mayor o menor manera en forma de duda. Esta característica a la base de la duda, al menos cuestiona que tanto es el carácter de resistencia egodistónico de la obsesión, relativizando esta afirmación (Janet, 1919).

Al menos hasta ahora, se puede argumentar, que la distinción de las características propiamente neuróticas obsesivas, de las psicóticas esquizofrénicas, no son plenamente categoriales, en tanto delimitar neta y mutuamente excluyente un cuadro de otro, sino que solo son coordenadas polares que no rechazan la posibilidad de un traslape fenomenológico.

AUTOMATISMO MENTAL Y REPETICIÓN OBSESIVA

El envoltorio formal del síntoma obsesivo, se caracteriza de ideas fijas egodistónicas y actos que el sujeto considera irracional o absurdo en mayor o

menor medida. Sea como sea, históricamente y hasta la actualidad, se le reconoce como rasgo central en la vivencia del individuo, la experiencia de imposición forzada y coacción repetitiva (Janet, 1919), (Berrios, 2008) y (Vallejo, 2000).

Pero, es precisamente lo impositivo, aquello que recuerda una característica en el núcleo de la psicosis que se relaciona a los fenómenos de influencia, que es el automatismo mental.

El automatismo mental, concepto acuñado por el psiquiatra francés, Gaëtan Gatian De Clérambault, es el síndrome cuya característica en esencia, es ser un fenómeno de imposición automática y parasitaria a quien lo padece. Sus prototipos son el eco y robo del pensamiento como fenómenos parásitos invasores y ajenos de la personalidad prepsicótica (Bercherie, 2009) y (Matilla, 2011).

La tarea de Clérambault en la elaboración del síndrome, consistió no en inventar nuevos síntomas, sino el de recopilar y agrupar los fenómenos psicóticos ya conocidos, de tal forma que los ordena según un orden jerárquico de aparición e importancia en la psicosis. De tal forma, el síndrome de automatismo mental se puede agrupar en 2 conjuntos, los *fenómenos groseros-tardíos* y los *fenómenos sutiles-precoces* (Heuyer & Ajuriaguerra & Pigem, 1950) y (Bercherie, 2009).

El automatismo mental también conocido como Síndrome de acción exterior o Síndrome de desposesión, se refiere a una microfenomenología del pensamiento elemental en los inicios de una psicosis, de tal forma como lo haría un cuerpo extraño, que no obedece a una sucesión de ideas ni afecto alguno. La irrupción automática y aneideica del fenómeno causa una escisión del yo, en tanto se experimenta como no propio y en una radical posición pasiva, acompañada de extrañeza y perplejidad. La identidad del sujeto sufre una automatización del lenguaje que quiebra su propia identidad y biografía (Bercherie, 2009) y (Matilla, 2011).

Aún cuando plantea este síndrome a la base de oligofrenias, psicosis orgánicas y psicosis aguda, toma como objeto-trastorno base a la psicosis alucinatoria crónica (versión francesa de la Esquizofrenia), la que se puede descomponer jerárquicamente desde una “superestructura delirante explicativa” hasta un “núcleo generador”, que es el automatismo mental (Bercherie, 2009).

Los sutiles e iniciales fenómenos de automatismo mental, o pequeño automatismo mental, son los que desencadenarán una serie de manifestaciones, que si bien pueden convivir con el individuo, quienes los incorpora a su devenir subjetivo por un tiempo no determinable, finalmente pueden ser los formadores de un delirio o un sistema delirante en forma secundaria (Matilla, 2011) y (Bercherie, 2009).

Por lo tanto se puede distinguir:

Fenómenos groseros tardíos: Fenómenos alucinatorios evidentes, objetivas, individualizadas y temáticas, que eclosionan con la psicosis, también nominados como gran o triple automatismo mental:

Automatismos ideo verbales o verbal motor: Obligado a decir palabras, a que se escapen las palabras, a no hablar, a decir lo contrario, a cantar, a mentir, si se resisten las palabras molestan, hablan por su boca.

Automatismos motores o Impulsos: Vividos como ordenados, forzados, automáticos, impuestos, suicidas, homicidas, impotentes.

Automatismo sensitivo: Alucinaciones auditivas, olfativas, gustativas, visuales, cenestésicas: Ordenes, calificativos negativos y positivos, amenazas, manipulación, etc. (Bercherie, 2009) y (Heuyer & Ajuriaguerra & Pigem, 1950).

Fenómenos sutiles precoces: Fenómenos que tienen un carácter neutro, atemático y aneideico, afectando el pensamiento en un nivel puramente funcional o abstracto según Clérambault.

Automatismo mental nuclear o matriz: *Eco y robo del pensamiento.*

Pequeño automatismo mental o síndrome de pasividad: Interferencia y parasitismo del pensamiento: Son fenómenos sutiles, imperceptibles sensorialmente, a modo de trastornos moleculares del pensamiento elemental:

Positivos de intrusión: Pensamiento anticipado, pensamiento repetido, respuesta al pensamiento, pensamiento recordado, eco de la lectura, los actos enunciados y comentados.

Negativos de inhibición: Interferencia del pensamiento.

Mixtos de sustitución: Transmisión del pensamiento, lectura del pensamiento y adivinación del pensamientos de otros.

Otros: Emancipación de los abstractos; película muda de los recuerdos; falsos reconocimientos, semejanzas, extrañeza de personas y cosas (Bercherie, 2009) y (Heuyer & Ajuriaguerra & Pigem, 1950).

En el curso de la psicosis, Clérambault sitúa en el origen de la psicosis la emancipación de los abstractos, en la cual el pensamiento es vivido como su exteriorización bajo una forma absolutamente muda, por lo que se suele denominar como alucinación psíquica a lo cual el paciente lo señalan como intuidos o adivinados, tanto por el, como por los demás. Posteriormente se desarrollan los demás fenómenos precoces hacia los fenómenos groseros tardíos de tal forma que va desde restos fragmentarios del pensamiento hacia fenómenos sensorialmente perceptibles temáticos. Finalmente por la vía alucinatoria aparecerá el delirio, el cual dará sentido y resolverá la perplejidad por el vacío de significación inicial, siendo las preocupaciones y recuerdos antiguos los que se instalan en una construcción delirante polimorfa. Sin embargo a veces esta vía no se cumple a cabalidad ya sea en el modo de la aparición o en la sucesión de los fenómenos del automatismo. Por otro lado, al avanzar la psicosis, los fenómenos sutiles suelen ser olvidados. (Heuyer & Ajuriaguerra & Pigem, 1950).

Pues bien, de los fenómenos sutiles precoces, el pequeño automatismo mental, en su variable de intrusión repetitiva parásita elemental del pensamiento,

imperceptible sensorialmente y sin certeza, sino más bien vivenciado con perplejidad. Da cuenta de la pérdida hegemónica que el individuo vive con respecto a su pensamiento, así como es la característica del escrúpulo obsesivo.

Como dijimos anteriormente se suele transitar a la triada egodistonia-resistencia-insight, para separar lo neurótico de lo psicótico, pero ya se ha fundamentado su carácter relativo y de coordenada polar entre ellas. También se plantea que el carácter de resistencia activa frente a esta vivencia del yo del obsesivo, puede declinar hacia una pasividad en la cual, al menos se puede señalar una declinación del carácter de duda obsesiva.

Estas distinciones que ponen en una perspectiva más dimensional que categorial, lo neurótico de lo psicótico; la similaridad del descontrol del pensar, como elemento vivenciado en lo profundo del forzado escrúpulo obsesivo y como en el automatismo mental del esquizofrénico, constituyen un campo problemático a explorar, a la hora de pensar lo obsesivo en lo esquizofrénico o esquizobsesivo.

2° CAPITULO

LO ESQUIZOBSESIVO EN PSIQUIATRÍA

LA CLÍNICA ¿PSEUDONEURÓTICA O PSEUDOPSIÓTICA?

Cuando se vincula con esquizofrenia en un primer acercamiento, el término pseudoneurótico, desde una perspectiva general, recogería el problema de la interfase o traslape fenomenológico entre psicosis y neurosis.

Si bien, Hoch y Polatin, en 1949 acuñan este término para tratar de especificar un cuadro psicopatológico caracterizado por exhibir manifestaciones clínicas pan-neuróticas, pan-sexuales y pan-ansiosas, enmascarando síntomas de una real esquizofrenia, no logran definirlo como cuadro específico, precisamente por lo clínicamente variopinto que señala esta totalidad de fenómenos neurótico, sexuales y ansiosos. Su propuesta conceptual justifica que en estos cuadros, al sufrirse intensa y frecuentemente des-personalización, des-realización y episodios micropsióticos, es decir manifestaciones que indican una grave integración en la coordenadas yo - no yo e interno – externo, que son lo fundamental para sostener el diagnóstico de una forma de esquizofrenia no deteriorante, pero crónica al fin y al cabo (Molina, 2004).

En este tipo de casos, se observan inicialmente síntomas de ansiedad, fobias, obsesiones y compulsiones. Posteriormente evolucionan con un agravamiento del cuadro de estado, exhibiendo trastornos formales del pensamiento y psicosis. Es frecuente la ansiedad flotante que rara vez remite, fobias, ambivalencia generalizada y a veces sexualidad caótica. (Kaplan & Sadock, 2004).

La tesis del concepto pseudoneurótico, sostiene que si bien, hay una grave alteración de la identidad del yo de quien lo padece, no sería evolutivamente desintegradora de las características de su personalidad, pero este estaría sufriendo constante ansiedad, síntomas depresivos, fóbicos, histéricos y obsesivo-compulsivos. Los fenómenos psióticos serían sutiles, breves y en ocasiones se sufriría de episodios psióticos intensos diurnos o nocturnos tales como pesadillas que se continúan con alucinaciones durante la vigilia (Vega-Dienstmaier & Saavedra, 2001).

Más adelante, Sandor Rado, médico y psicoanalista húngaro, en torno a este concepto, es más radical, al plantear que un alto número de pacientes diagnosticados como ansiedad histérica, conversión histérica, neurosis obsesiva compulsiva y psiconeurosis mixta, son erróneamente diagnosticados. Según este autor, en estos casos, existe una deficiencia latente, en la teoría de la organización esquizotípica. Basándose en estudios genéticos de Frans Kallman, plantea que las causas organizativas de la esquizofrenia que radican en un aparato integrativo (Rado 1959).

Los esquizotípicos serían el fenotipo de la esquizofrenia y producto de dos deficiencias genéticas determinadas; 1) deficiencia integrativa del placer, es decir debilidad en las acciones motivadoras del placer; y 2) deficiencia en el sistema propioceptivo, es decir distorsiones en las percepciones que tiene el individuo de su propio cuerpo. Si bien, en cada paciente, son variables las intensidades de estas supuestas deficiencias, juntas serían las responsables de la generación de un sistema compensatorio de adaptación característico del esquizotípico (Rado 1959).

Este sistema compensatorio o de esquizoadaptación puede funcionar, de tal modo que puede sostener al individuo en su vida. Un descontrol en este sistema de adaptación, sería determinante para la manifestación de un cuadro de esquizofrenia pseudoneurótica, en donde se puede exhibir una variedad de mecanismos pseudo-fóbicos, pseudo-expresivos, pseudo-obsesivos, todos ellos derivados del conflicto obediencia-desafío, motivador predominante en el comportamiento esquizoadaptativo (Rado, 1959).

Sin embargo, finalmente concluye, que el poder hacer un diagnóstico diferencial entre neurosis y pseudoneurosis, reside en la experiencia y habilidad del psiquiatra para detectar la presencia o ausencia de rasgos esquizofrénicos mínimos, usando su propia resonancia emocional, puesto que no existe método alguno para demostrar las deficiencias esquizotípicas latentes supuestas (Rado, 1959).

Como se señaló en el capítulo anterior, es frecuente que en psiquiatría los hallazgos biológico y su aplicabilidad clínica no cuadran en la operabilidad. Desde esa perspectiva, el concepto de lo pseudoneurótico, intenta hacer un puente entre los polos psicótico y neurótico, pero no logra vencer la brecha, pese a una tentadora lupa somatista biológica, ya que el instrumento discriminador sigue siendo la mirada y escucha del evaluador clínico.

Así expuesto, el término pseudoneurótico, pareciera como un velo sintomático que recuerda, aunque inespecíficamente, la clínica de la neurosis, pero que no necesariamente recogería el problema de la interfase o traslape fenomenológico entre psicosis y neurosis, es decir se trataría finalmente de esquizofrenia, por tanto psicosis, con manifestaciones peculiares que aparentan (pseudoneurosis) la neurosis.

Este criterio de esquizofrenia pseudoneurótica, junto con las de formas atenuadas de demencia precoz, esquizofrenia latente, esquizofrenia ambulatoria, estructura de personalidad pre esquizofrénica y esquizofrenia límite, se reclutaron finalmente en la noción, previamente propuesta en 1938 por Stern, de personalidad límite (Salavert & San & Arranz, 2005).

La personalidad limítrofe, implicó una clínica en la frontera entre neurosis y psicosis de la nosología psicoanalítica. Aparentemente intentaba generar un territorio propio entre lo neurótico y psicótico, es decir los estado fronterizo o límite. En este estado se pueden observar manifestaciones características de la psicosis, como la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y una conducta extravagante o desorganizada, pero sin llegar a constituir una psicosis propia mente tal. Estos fenómenos se compartirían con características clínicas y pronósticas de la neurosis, es decir sin la evolución del deterioro grave a largo plazo y con una adaptabilidad a las exigencias sociales y laborales mejor que la que se da en las psicosis (Salavert & San & Arranz, 2005).

Sin embargo lo limítrofe; dado que al igual que su conceptualización predecesora de lo pseudoneurótico, reúne una variada fenomenología clínica amplia, que si bien intenta construir una interfase entre el polo psicótico y neurótico, carece de la coordenada específica para aproximarse a preguntar sobre lo obsesivo en esquizofrenia.

Actualmente, la denominación de esquizofrenia pseudoneurótica casi no se usa y está incluida dentro de la definición del trastorno esquizotípico de la CIE-10 (Vega-Dienstmaier & Saavedra, 2001) o trastornos límite de la personalidad del DSM-IV-TR (Kaplan & Sadock, 2004).

En suma, la clínica pseudoneurótica se refiere a manifestaciones variadas que son absorbidas en la historia por el campo de lo esquizofrénico o limítrofe, aludiendo a lo pseudo-obsesivo, pero no hace la discriminación exclusiva a lo esquizobsesivo.

CRITERIOS CLÍNICOS DE LO ESQUIZOBSESIVO

En la psiquiatría actual, se ha ampliado la perspectiva psicopatológica en torno a lo obsesivo, al plantearse el concepto psicopatológico, espectro trastorno obsesivo compulsivo, la cual reúne diferentes entidades nosográficas psiquiátricas y neurológicas (Anorexia, Tricotilomania, Corea, Tourette, etc.), cuyo rasgo es la imposición de una idea y/o acto psicomotor que se traduce en compulsiones o impulsiones. Sin embargo, en esta aparente apertura del fenómeno obsesivo, dentro de esta noción, no se incluyen los fenómenos obsesivos y compulsivos que se pueden observar en casos de esquizofrenia (Vallejo, 2000).

Se calcula que la transición de cuadros de trastornos obsesivos a esquizofrenia es del orden del 3 a 4 % y la presencia de fenómenos obsesivos en esquizofrenia es de 1 a 3,5 % (Vallejo, 2006).

En ese sentido, desde una perspectiva psiquiátrica no habrían dudas de que existe una frecuente comorbilidad entre trastorno obsesivo compulsivo y síntomas psicóticos, particularmente con esquizofrenia (Rincón & Salazar, 2006).

Sin embargo esta condición, históricamente no ha sido aceptada con facilidad, puesto que en una lógica de diagnósticos categoriales, habría insistencia en considerar el trastorno obsesivo compulsivo como una neurosis (Rincón & Salazar, 2006).

Otra razón para no aceptar la comorbilidad, se suele fundamentar, en que un cuadro de esquizofrenia, pese a presentar un fenómeno obsesivo, no es lo suficiente para establecer un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo como tal (Schneider, 1947).

Jahrelss en 1926 y Rosen en 1957, serían los primeros en aceptar explícitamente la co-existencia del trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia. (Rincón, D. & Salazar L. 2006).

Sin embargo, esto no logra zanjar la problemática de la tendencia al diagnóstico diferencial, manteniendo la clásica concepción diferencial entre trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia en base a la conciencia de enfermedad del paciente frente al fenómeno obsesivo, presente en el primero y ausente en el segundo (Luque & Villagrán, 2000).

Sullivan, planteaba que no siendo lo usual, en edades relativamente tardías de la vida, podría una neurosis obsesiva transformarse en esquizofrenia, a suerte de complicación, sin que ello signifique una diferencia con una neurosis obsesiva clásica. Sin ser generalizador, plantea que al menos, algunos de estos pacientes obsesivos, desarrollan una fenomenología esquizofrénica cuando se encuentran sometidos a una intensa presión que no puede ser encarada mediante el dinamismo obsesivo (Sullivan, 1943).

Este tipo de pacientes, en la entrevistas podrían narrar “obsesivamente”, es decir con poca claridad y exagerada cautela que dificulta su discurso. Sin embargo, mostrarían ciertos blancos en su relato, también con ausencia de claridad pero que serían expresado sin cautela, en forma franca y directa, los que se vivenciarían más cercano al pánico y se narrarían con cierta pérdida de la lógica narrativa. El paciente estaría en una zona fronteriza cuando narra hechos del pasado, discute como esquizofrénico cuando habla de episodios esquizofrénicos y como un obsesivo cuando habla de otros temas (Sullivan, 1943).

Henry Ey, se refería dentro de las formas menores de esquizofrenia, a las equizoneurosis, en las cuales el paciente alterna dos modos de respuesta a sus conflictos vitales, es decir en un fondo existencial de un modo neurótico grave, al que irrumpe en forma de accesos un modo psicótico, de modo tal que curado de su brote psicótico reemprende una existencia neurótica. De esta forma es posible, que una neurosis obsesiva grave que implica defensas eficaces, de paso igualmente a una vertiente psicótica como expresión del abandono de las posiciones de defensa dando como fruto la disgregación del paciente (Ey, 1969).

Para diferenciar las formas equizoneuroticas obsesiva de la esquizofrenia de la neurosis obsesiva, Ey señalaba que las características que indicaría el primer diagnóstico son:

1. Tendencias esquizoides muy notables en el paciente, como debilitamiento de la actividad o pérdida de rapidez, afectividad retraída sobre sí mismo y tendencia al aislamiento.
2. Irrupción masiva de los trastornos.
3. Carácter menos superficial y plásticos de los trastornos.
4. Organización delirante estable.
5. Tendencia al pensamiento, al lenguaje y al comportamiento hermético.
6. Falta de contacto directo e incomprendibilidad de las motivaciones.
7. Absolutismo de las creencias y rigidez de las aptitudes
8. Tendencias negativistas y autistas. (Ey, 1969).

Por otro lado, se suele describir las obsesiones de los esquizofrénicos menos claras y de contenido más extravagante, vivenciadas con relativa indiferencia afectiva y con la ya mencionada carencia de conciencia de enfermedad (Vallejo, 2006).

Los consensos nosográficos actualmente vigentes son distintos. El DSM IV-TR acepta la coexistencia (Kaplan & Sadock, 2003). En cambio el CIE 10 no acepta coexistencia de trastornos, sino que considera el fenómeno obsesivo compulsivo como parte de el cuadro esquizofrénico de quien lo padece (Rincón & Salazar, 2006).

Sin perjuicio de las diferencias antes señaladas, la coexistencia de ambos campos sindromáticos, se podrían plantar nosográficamente como un cuadro de trastorno obsesivo compulsivo que se agrava con una psicosis, o como una esquizofrenia que presenta el trastorno obsesivo compulsivo juntos desde el principio o adicionado posteriormente, ya sea en forma permanente o transitoria (Loyzaga & Nicolini & Apiquian & Fresan, 2002).

Lo anterior introduce en la clínica de lo esquizobsesivo el problema del carácter dimensional que se plantea en la transición, en una suerte de continuo entre el fenómeno obsesivo compulsivo y los fenómenos psicóticos ya sea por la transición de un trastorno obsesivo compulsivo en una psicosis; o una esquizofrenia que presentan síntomas obsesivos compulsivos; o de un trastorno obsesivo compulsivo que presentan episodios psicóticos transitorios melancólicos o paranoides (Toro, 2001).

El Fenómeno esquizobsesivo está definido como un cuadro clínico heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un paciente y posee una prevalencia del 10 al 15 % (Loyzaga & Nicolini & Apiquian & Fresan, 2002).

Las hipótesis de esta conjunción clínica son planteadas de diversas formas clínicas:

COMORBILIDAD: Suerte de coexistencia en paralelo de ambos trastornos (Loyzaga, C. & Nicolini & Apiquian & Fresan, 2002). En este sentido la coexistencia es lo más aceptado, en contraste con la transformación de un trastorno obsesivo compulsivo a esquizofrenia no es fácilmente aceptado (Vidal, 2006).

SUBGRUPO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: Es decir una forma más grave de trastorno obsesivo compulsivo (Loyzaga & Nicolini & Apiquian & Fresan, 2002).

A esta forma se le suele denominar como Trastorno Obsesivo Compulsivo Psicótico o Maligno, como atipia de la triada egodistonia-resistencia-insight (Vidal, 2006).

En este sentido se desprende la idea que existe un espectro psicopatológico, cuyo polo menos grave son las ideas obsesivas y el polo más grave son las ideas delirantes en la que se pierde la resistencia contra las ideas obsesivas y también pérdida de conciencia de enfermedad, lo cual se contrapone con la clásica concepción diferencial entre trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia en base a la conciencia de enfermedad (Luque, & Villagrán, 2000).

Ya desde el DSM IV se plantearía el concepto de trastorno obsesivo compulsivo con pobre conciencia de enfermedad suerte de medio camino al delirio (American Psychiatric Association, 2002). El DSM V solo amplía esta camino hacia el delirio, dividiéndola en categoría de obsesión con introspección buena o aceptable, obsesión con poca introspección y obsesión con ausencia de introspección/con creencias delirantes (American Psychiatric Association, 2013).

El agotamiento de la resistencia a la obsesión, generaría la experiencia de ajeno o impuesto desde fuera constituyéndose como delirio, externo a la propia voluntad y por tanto ya no egodistónico y aceptado pasivamente no como una enfermedad, dando como resultado un trastorno obsesivo compulsivo

severamente atípico con ideas delirantes persistentes monotemáticas no absurdas sin otros síntomas psicóticos (Vidal, 2006).

Otra posibilidad nosográfica plantada es la de un trastorno obsesivo compulsivo junto con ideas sobrevaloradas en una personalidad con rasgos esquizotípicos (Toro, 2001).

SUBGRUPO DE ESQUIZOFRENIA: En este acápite las posibilidades son más variadas y a la vez menos aceptadas como posibilidades clínicas:

Traslape fenomenológico en la cual el fenómeno obsesivo compulsivo se da en el contexto de psicosis, pero como una forma frustrada de psicosis (Rincón & Salazar, 2006).

Ocasionalmente, como el inicio de un cuadro de esquizofrenia con un pródromo de apariencia obsesiva; (Lewis, 1935) y (Vallejo, 2006) y (Rincón & Salazar, 2006).

Excepcionalmente un trastorno obsesivo compulsivo de larga duración que acaban en una esquizofrenia. (Vallejo, 2006).

Más raro aún, como una fluctuación entre un trastorno obsesivo compulsivo y estado paranoide con disminución del síndrome obsesivo compulsivo, que reaparece al remitir delirio sin deterioro procesal esquizofrénico de la enfermedad (Vallejo, 2006).

Síndrome obsesivo compulsivo en un cuadro de esquizofrenia, secundario al uso de neurolépticos (Rincón & Salazar, 2006).

NUEVA ENTIDAD CLINICA NO RECONOCIDA: Propuesta como cuadro con genética familiar, neurobiología, clínica, curso y respuesta a tratamiento propia (Loyzaga, C. & Nicolini & Apiquian & Fresan, 2002).

Con todo esto e indistintamente a la forma nosológica que se puede describir y clasificar, pero por sobre todo aceptar, es difícil de negar la asociación de lo obsesivo y lo esquizofrénico. Aún más se puede intuir una dinámica entre ambas mecanismos psíquicos, lo que construye un campo problemático para una aproximación teórico-clínica psicoanalítica.

3° CAPITULO

REFERENCIAS PSICOANALÍTICAS DEL PROBLEMA

EL SÍNTOMA OBSESIVO EN FREUD Y LACAN

EL SINTOMA MEDICO Y EL SINTOMA PSICOANALÍTICO.

La concepción de síntoma en psicoanálisis difiere en gran medida de la concepción de síntoma para la medicina y la psiquiatría, lo cual obliga primero a delimitar de manera general ambas concepciones, para luego profundizar en el concepto de síntoma obsesivo para el psicoanálisis.

Desde la semiología médica se llama síntoma a las manifestaciones subjetivas de la enfermedad, es decir, a aquello que sólo es percibido y enunciado por el paciente y a lo cual el médico sólo tiene acceso a través de un interrogatorio anamnéstico. El síntoma se encuentra en contraste con el signo, que es la manifestación objetiva de una enfermedad, que si bien en ocasiones puede ser percibido por el paciente, por lo general son descubiertos por el médico en el examen físico que realiza. (Goic & Chamorro, 1994).

El síntoma y signo médico son índices manifiestos de una enfermedad subyacente y que pueden ser objeto de reconocimiento, a modo de estímulos, en una suerte de superficie perceptual de escucha, observación, palpación, percusión y auscultación. Es precisamente este carácter de objeto irritante al órgano sensorial lo que define la dimensión del síntoma médico, en su esencia de percepto del campo y arte médico. Así la presencia del objeto que causa estimulación sensorial ya sea por su presencia o ausencia, llama a la gnosis del saber médico, quien tratará de develar la etiología oculta en la profundidad del organismo del enfermo.

La psiquiatría, como rama de la medicina, asume las mismas definiciones semiológicas y su foco de atención es la conducta, calificable como normal o patológica (Kaplan, & Sadock, 2004).

Sin embargo la tradición fenomenológica Jasperiana al tomar como objeto de estudio al hombre, incapaz de ser aprehendido mediante un único método de investigación, se distancia del concepto de síntoma y nomina como fenómenos a

las manifestaciones particulares subjetivas, postulando la disposición inmediata con el fenómeno, es decir, intenta lograr la máxima descripción de la vivencia subjetiva del paciente o de lo observado por el entrevistador, en un plano estrictamente consciente, sin explicarse a priori la causa o clasificación del acaecer mental en evaluación (Jaspers, 1946).

Pese a que los fenómenos psicopatológicos carecen de patognomonía y los síndromes se destacan por ser lejanos a la especificidad, el ejercicio del consenso apoyado en una taxonomía estadística y categorial, agrupa la semiología en entidades nosográficas a modo de trastornos conductuales categorialmente específicos (Kaplan, & Sadock, 2004).

El síntoma y signo médico, en su dimensión semiótica, supone la causa del padecimiento como desconocido y ajeno al individuo enfermo, alojado en una estructura orgánica, que al salir de su normal silencio le muestra señales en un código solo accesible a la lectura por el saber del médico, quien diagnosticará, pronosticará y tratará dicho padecer. El saber de este malestar padecido, reside no solo en otro sujeto sino que también en otro cuerpo, el cuerpo de la medicina, y la experiencia subjetiva del enfermo, tiene solo carácter de reactivo al sufrimiento físico y sus consecuencias deletéreas en la calidad de vida.

El síntoma psicoanalítico, por otro lado, deviene de un paradigma muy diferente al de la medicina, considerando al síntoma, en términos generales, como la manifestación subjetiva que expresa un conflicto inconsciente. Sigmund Freud, en este sentido, afirma en 1917 que *“la psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual, pero que el psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo.”* (Freud, 1917b, p.235)

Inicialmente Freud suponía al síntoma como un trauma real, que no pudo ser tramitado psíquicamente en su momento, de modo que propuso un método, el

catártico, a través del cual mediante la abreacción del afecto estrangulado lograba aliviar al sujeto de su síntoma histérico (Freud & Breuer, 1893).

Si bien para Freud la historia individual del sujeto ya era central para la comprensión del síntoma, la investigación clínica de los casos de neurosis lo llevó a entender que lo central no era la realidad material. Este giro esencial de la teoría analítica, Freud la señala en la Carta 69 a Fliess, donde refiere explícitamente que ya no cree en su neurótica, refiriéndose especialmente a la seducción y su teoría del trauma, sino a la realización de una fantasía inconsciente que sirve de cumplimiento de deseo. (Freud, 1897a).

Así el síntoma pasa a representar, posteriormente, el retorno de lo reprimido, en tanto corresponde a una satisfacción sexual de la infancia reprimida que retorna mediante una solución de compromiso entre el deseo y la defensa, *“Los síntomas neuróticos tienen entonces su sentido, como las operaciones fallidas y los sueños, y, al igual que estos, su nexo con la vida de las personas que los exhiben”* (Freud, 1917, p. 235).

La concepción de una transacción entre dos fuerzas en conflicto, como génesis del síntoma neurótico, es tomada por Jacques Lacan y planteada inicialmente en una concepción lingüística estructuralista, en las cuales el significado de dicho síntoma es de acceso imposible; en tanto el que lo padece es un ser hablante y por tanto sujeto a un lenguaje que lo determina como tal. Dicho de otra forma, el significado del síntoma es de carácter inconsciente y codificado en un sistema lingüístico. En estos términos simbólicos, el síntoma es considerado un significante, *“La subjetividad en su origen no es de ningún modo incumbencia de lo real, sino una sintaxis que engendra en ella la marca significante”* (Lacan, 1955b, p.59).

Lacan refiere que, la experiencia analítica no se agota en ninguna relación, que la relación analítica implica siempre la constitución de una verdad, la que no puede ser dicha, porque la palabra es la que la constituye, habría entonces que

decir la palabra misma, pero esto no puede ser dicho en tanto a qué palabra (Lacan, 1953b).

Lacan entre 1953 y 1958 en sus Seminarios, desarrolla el concepto de síntoma como significante. Este es carente de sentido universal, es fruto de la historia singular del individuo que lo padece y carente de sentido previo, ya que su significación o verdad toma forma a posteriori. De este modo no existe una relación unívoca entre el síntoma neurótico y la estructura neurótica de quien lo padece, dicho de otra forma, a diferencia del paradigma médico, el síntoma neurótico carece del carácter indicador diagnóstico de una estructura específica identificable por el analista (Reinoso, 2013).

En esta línea de pensamiento, el síntoma adquiere literalmente el estatuto de metáfora sustitutiva de un saber sobre un deseo reprimido. “(...) *el síntoma es aquí el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto*” (Lacan, 1953b, p 271).

Este síntoma al “hospedar” dicho saber, no es reconocido por el sujeto como propio, le es extraño y desconocido, es decir, como un mensaje enigmático y dirigido a Otro lugar. El lenguaje ocupa y constituye el supuesto de un Otro primordial desde donde el sujeto recibirá el mensaje, otorgando significación de su síntoma. Mensaje que al ser escuchado genera subjetivación en tanto da el carácter de “*como si lo hubiese dicho otro*” y de “*saber inconsciente*”. (Lacan, 1953b, p 271).

La célebre frase lacaniana, el inconsciente está estructurado como un lenguaje, es la base para señalar que el síntoma psicoanalítico se descifra dentro del campo del lenguaje, y al descifrarse cambia. Sin embargo, estructurado como un lenguaje, no significa que solo sea lenguaje, sino que el síntoma también es una manera de gozar, en tanto una forma patológica de gozar sexual (Soler, 1989).

Lacan introduce la clínica del Goce, entendiendo el goce como la sufriente satisfacción que el sujeto obtiene de su síntoma, dicho de otro modo, es la satisfacción paradójica del síntoma en el displacer. Bajo el concepto Freudiano de ganancia primaria, el síntoma se entiende como una salida económica conveniente del conflicto psíquico, pero que atenta al individuo que se satisface con displacer. En este sentido el síntoma no reclama interpretación, sino que es un puro goce dirigido a nadie. *“(...) el síntoma no es llamado al Otro, no es lo que muestra al Otro. El síntoma en su naturaleza es goce, goce revestido... no los necesita a ustedes como el acting-out, se basta a sí mismo”*. (Lacan, 1963a, p. 139).

EL SINTOMA OBSESIVO.

Ahora bien, el síntoma obsesivo ocupa un lugar central en la teoría psicoanalítica, y obliga a pensar una posición distinta del analista en la escucha en relación con la histeria. En este sentido, exige pensar de forma diferente la clínica, agregando nuevas complejidades, las cuales Freud reconoce en “El hombre de las ratas” al afirmar *“no es cosa fácil comprender un caso de neurosis obsesiva; es mucho más difícil de lograrlo que un caso de histeria”* (Freud, 1909, p.124).

Freud distingue algunas diferencias significativas en relación a la neurosis obsesiva al compararla con la histeria, afirmando que la ventaja que obtiene el yo; tras emprender para la defensa el camino, el transporte del afecto, es mucho menor que en el caso de la conversión de una excitación psíquica en una inervación somática. Especifica que en la neurosis obsesiva, la alteración íntegra permanece en el ámbito psíquico, manteniendo el vínculo entre excitación psíquica e inervación somática sin experimentar cambio alguno (Freud, 1894).

Este problema ya sitúa de entrada una diferencia sustancial y tiene que ver con el lugar del síntoma para el sujeto, si bien en la histeria permanece como algo ajeno y situado en lo somático, en la neurosis obsesiva el síntoma permanece en la esfera psíquica de modo que el sujeto no logra sustraerse completamente de él.

En 1909, Freud realiza una distinción fundamental en relación a la represión, afirmando que en la histeria las ocasiones recientes y las vivencias infantiles sucumben a la amnesia, mientras que en la neurosis obsesiva, si bien es posible que con las premisas infantiles de la neurosis suceda lo mismo, a menudo es de forma incompleta y las ocasiones recientes de la enfermedad se encuentran conservadas en la memoria. Es decir en neurosis obsesiva, no se trataría principalmente de una amnesia de recuerdos históricos vivenciales, sino que consiste en otro mecanismo (Freud, 1909).

La represión se sirve, en la neurosis obsesiva, de un mecanismo más simple. En lugar de olvidar el trauma, le ha sustraído su investidura de afecto, tornándose indiferente el contenido de la representación. Freud refiere que la represión no se produce por amnesia sino por desgarramiento de nexos causales a consecuencia de una sustracción de afecto, de modo que estos vínculos reprimidos pueden incluso ser proyectados al mundo exterior y dar testimonio de lo interceptado en lo psíquico (Freud, 1909).

En este sentido Freud, resalta el papel de un enlace falso o *mésalliance* entre contenido de representación y afecto. Lo que se observa de manera nítida en la conciencia de culpa, la que es necesaria buscar en otro lugar que a lo recordado (Freud, 1909).

Ya en años previos, Freud había afirmado que si una persona predispuesta a la neurosis no posee la capacidad de conversión, para defenderse de una representación inconciliable, emprende el divorcio entre ella y su afecto, ese afecto permanecerá en el ámbito psíquico. Dicha representación, ahora debilitada, queda segregada de toda asociación dentro de la conciencia y su afecto, que fue liberado, se adhiere a otras representaciones no inconciliables, es decir, que por este enlace falso se mudan en representaciones obsesivas. (Freud, 1894).

Freud insiste que el enlace secundario del afecto liberado no se realiza necesariamente por lo que podríamos llamar una relación de sentido, más bien *“se puede aprovechar de cualquier representación que por su naturaleza sea compatible con un afecto de esa cualidad, o bien tenga con la representación*

inconciliable ciertos vínculos a raíz de los cuales parezca utilizable como su subrogado” (Freud, 1894, p.55)

Esto nos lleva a pensar en un mecanismo diverso que en la histeria, mecanismo caracterizado por un desgarramiento de nexos causales. Este hecho es significativo pues Freud refiere en la carta 79 a Fliess que *“Para la neurosis obsesiva se corrobora que la representación-palabra, y no el concepto a ella inherente, es la localidad por donde irrumpe lo reprimido... más precisamente es el recuerdo-palabra”* (Freud, 1897b, p.314).

En este sentido, durante el historial del “Hombre de las ratas”, se resalta que una de las defensas utilizadas tiene que ver con las palabras en sí mismas, tanto de las palabras en su “materialidad”, como en el uso de palabras defensas, que podríamos llamar “gramaticales”, apareciendo en la tramitación de la ambivalencia, palabras como “no” y “pero” (Freud, 1909).

Freud hace la distinción entre lucha defensiva primaria de la secundaria, y llama la atención que refiere que, la lucha defensiva secundaria contra las representaciones obsesivas, produce formaciones que merecen el nombre de delirios, derivado de pensamientos no racionales que hacen suyas las premisas de lo obsesivo que combaten, produciendo un pensar patológico. En este punto hay que aclarar que las representaciones obsesiva, o como Freud mejor los nomina, como pensar obsesivo, son los deseos, tentaciones, reflexiones, dudas y mandamientos, que se filtran a la conciencia del paciente, quien al luchar contra ellas mediante esta defensa secundaria, no desarrolla argumentos puramente racionales, sino más bien una mezcla de argumentos, entre lo racional y lo irracional, sin que los argumentos racionales modifique o corrijan los irracionales, lo que justifica con la afirmación de que *“los enfermos no tienen noticias del texto de sus propias representaciones obsesivas”* y que mediante la atención que hace en el análisis ahora podrá con más claridad y detalle enterarse (Freud, 1909, p.174).

Pero, si se profundiza más en el concepto de defensa secundaria, no es tan clara la distinción. Dentro de las defensas secundarias de las acciones obsesivas, refiere que las medidas protectoras ocurren luego del retorno de lo reprimido, siendo parte de la defensa secundaria. Refiere que “*estas nunca son primarias, nunca contienen algo diverso que una defensa...*” (Freud, 1896, p. 172).

Freud afirma que es parte de la defensa secundaria frente a las representaciones obsesivas, el desvío hacia otros pensamientos, cuyo contenido sea el más contrario posible. (Freud, 1896).

Estas distinciones que propone Freud son centrales, pues nos obligan a distinguir entre defensa primaria y secundaria. Esta reflexión se justifica por el hecho que en este periodo Freud utilizaba indistintamente defensa y represión. Si bien podríamos suponer que esta distinción es equivalente a la referida en “La represión”, en tanto represión primaria y represión secundaria, siendo la represión primaria una represión originaria relacionada con el sepultamiento del complejo de Edipo. En este caso Freud refiere algo diferente, habla de una defensa secundaria que surge luego de aparecido el síntoma, situando así algunos fenómenos que ocurren a nivel del pensamiento como parte de la defensa secundaria, y, como tal, que solo contienen una defensa (Freud, 1915).

Esto nos hace suponer dos niveles diferentes en relación a la defensa frente a la aparición del síntoma. Por un lado la defensa que entra como formación de compromiso junto al retorno de lo reprimido y luego la defensa frente a este trabajo que no ha alcanzado su acabamiento, defensa que no contiene más que defensa. Resulta esencial esta distinción en tanto la tarea del análisis se centra en el inconsciente y sus retoños.

Por otro lado, se hace necesario distinguir aquí entre represión, defensa de ganancia secundaria de la enfermedad y la lucha defensiva secundaria. La diferencia entre represión y defensa la establece claramente Freud con posterioridad refiriendo que la represión es una forma de la defensa (Freud, 1926). En cuanto a lo que refiere del hombre de las ratas no se trata de una ganancia secundaria de la enfermedad, pero tampoco a una lucha defensiva secundaria, es

decir, no se trataría del intento integrador del yo frente al síntoma de modo de hacerlo parte de su organización. Por lo tanto, nos encontramos con que opera una nueva defensa luego de aparecido el síntoma, diferente a una ganancia secundaria de enfermedad y a la lucha defensiva secundaria, una defensa secundaria que es sólo defensa y opera contra el síntoma.

En este punto aparece una interesante pregunta en relación a estas acciones obsesivas y las medidas protectoras, en tanto podríamos compararlas al esquema que nos propone Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” de 1926, cuando distingue entre el síntoma y la inhibición. ¿Pero corresponderían las acciones obsesivas y las medidas protectoras en la neurosis obsesiva a una forma de inhibición? En una primera respuesta podríamos pensar que sí, pues corresponden a intentos del yo por evitar la aparición de angustia.

Pero por otro lado pareciera que esta afirmación parece apresurada, en primer lugar porque Freud, describe la inhibición como un abandono de la función por parte del Yo a causa de la libidinización de dicha función (Freud, 1926).

Lo que ocurre en este caso es que el neurótico obsesivo, para evitar la angustia, desplazara y generara un sobre funcionamiento, es decir, un acto obsesivo.

Ahora bien, Freud afirma que los mecanismos utilizados por el neurótico obsesivo tienen que ver con la generalización, la racionalización, la omnipotencia del pensamiento y trastorno hacia lo contrario. Refiere como central una bisecisión de los sentimientos en el obsesivo; que los conflictos de sentimientos están soldados de a parejas, por lo general amor-odio, que coexisten al mismo tiempo en su intensidad máxima. En este sentido, uno de los sentimientos es forzado a lo inconsciente y provoca la hipertrofia del sentimiento consciente por medio de reacción, para retener en la represión a su adversario (Freud, 1909).

Destaca de un modo especial el papel del desplazamiento, refiere que en la neurosis obsesiva se hace un uso más extenso del desplazamiento, de modo que,

la parálisis de la decisión, la duda, se difunde poco a poco a todo el obrar del ser humano, desplazándose incluso a lo más insignificante (Freud, 1909).

Las acciones en dos tiempos son de ocurrencia típica en la neurosis obsesiva, cuyo primer tiempo es cancelado por el segundo. Si en la histeria la formación de compromiso contenta ambos opuestos, en la neurosis obsesiva sucede un nuevo tipo de formación de síntoma, pues ambos opuestos son satisfechos por separado, primero uno y después otro. Si bien se intente crear una conexión lógica, a menudo se viola toda lógica (Freud, 1909).

Resulta interesante observar lo que propone Lacan en relación a este punto, pues introduce el concepto de “Procastinación” en el síntoma obsesivo, en tanto representa el modo de gozar del sujeto en que la duda impide o retarda su acto, o dicho de otra forma, pensar en vez de actuar, imposibilitando el deseo. El goce se sitúa en exclusiva en lo íntimo de la cavilación obsesiva. Este ejercicio es en esencia la base del síntoma obsesivo, que es el traspaso de lo real a lo simbólico, el desplazar el goce en la cadena de significantes “...*hacer pasar el goce al inconsciente, es decir a la contabilidad, es en efecto un redomado desplazamiento*” (Lacan, 1977, p161).

En términos Freudianos podríamos pensar que el pensamiento obsesivo enfrenta constantemente al sujeto a lo ominoso, en tanto reaparece eso de lo que el sujeto no quiere saber (Freud, 1919).

Esto desde la teoría de Lacan tendría que ver con la aparición de lo real, de lo cual el obsesivo no puede sustraerse.

Según Freud, lo ominoso se refiere a que, en lo inconsciente anímico se discierne el imperio de una compulsión de repetición, que depende probablemente de la naturaleza más íntima de las pulsiones, la cual puede doblegar al principio de placer y le confiere carácter demoníaco a ciertos aspectos de la vida anímica. Esto provoca que se sienta como ominoso justamente aquello capaz de recordar, esa compulsión interior de repetición (Freud, 1919).

Lacan en su artículo “El mito individual del neurótico”, a través de la ejemplificación del caso del Hombre de las Ratas, destaca la temática fantasmática o imaginaria gravitante en el determinismo y desencadenamiento de la neurosis obsesiva. Dicha temática que va saliendo pedazo por pedazo durante el análisis, Lacan la define como una constelación original o mito familiar que se constituye en el relato de rasgos que otorgan especificidad estructural a la unión de los padres. (Lacan, 1953a).

Este mito previo al nacimiento del sujeto, no sólo sería lo que determina su nacimiento, sino también su destino neurótico. Es un drama o gesta que se reproduce sintomáticamente a través de las transformaciones que van teniendo los personajes de dicha pre-historia original, en su situación actual desencadenante “...*como ocurre siempre en la vivencia de los neuróticos la realidad imperativa de lo real pasa por delante de todo lo que lo atormenta infinitamente*”. (Lacan, 1953a, p.46)

Si bien Freud, en 1919 refiere que lo ominoso es el retorno de lo reprimido y en especial a la angustia de castración, Lacan, en este sentido, afirma que al esquema del Edipo es necesario integrar un cuarto elemento, que corresponde a la muerte. A este respecto habla en relación a Freud y el papel del padre en su función de la palabra y función del amor, pero introduce de Hegel la mediación mortal como el tercero esencial del progreso, por el cual el hombre se humaniza en una determinada relación con su semejante. (Lacan, 1953a)

Desde Lacan podemos, en este movimiento, comprender como el obsesivo constantemente anula la demanda del otro por considerarla insoportable, retiene y entrega el objeto al otro como forma de anular su demanda, gozando en su relación privada con el objeto (Reinoso, 2013).

Resulta interesante este punto si lo pensamos como un repliegue hacia sí mismo, en este sentido Freud le otorga un papel central a la esfera del pensamiento en la neurosis obsesiva. Afirma que ocurre una suerte de regresión en la que los actos preparatorios reemplazan a la resolución definitiva, donde el

pensar sustituye a la acción. En vez de una acción sustitutiva se impone algún estadio que corresponde al pensamiento previo a la acción. (Freud, 1909).

Es de este modo como se produce la formación de compromiso, reconciliando los dos impulsos que combaten mutuamente. Esta formación de compromiso pasa por la regresión, la cual opera de dos maneras, por un lado una regresión temporal (al momento previo de la acción: el pensamiento) y, por otro, una regresión en el desarrollo sexual, en este sentido, las acciones del obsesivo se asemejan cada vez más al onanismo infantil, llegando a acciones autocríticas como en la infancia (Freud, 1909).

Resulta central este hecho, por cuanto el proceso mismo de pensar es sexualizado, el placer sexual pasa del contenido de pensar al acto mismo de pensar y la satisfacción de alcanzar un resultado cognitivo es sentida como satisfacción sexual. Así la energía que se empeña en irrumpir en acción es atraída por el pensamiento. De este modo la acción sustitutiva es reemplazada por actos preparatorios de pensamiento. Luego el demorarse en el actuar encuentra su sucedáneo, en el demorarse en el pensar. Se vuelven compulsivos aquellos procesos de pensar que regresivamente tienen que subrogar a las acciones. (Freud, 1909).

Desde esta observación de Freud es posible comprender el resto de los fenómenos obsesivos y situarlos como manifestación de esta libidinización del pensamiento. En este sentido resulta interesante el fenómeno de omnipotencia del obsesivo en relación a sus pensamientos y sentimientos, de sus buenos y malos deseos y sus consecuencias en la realidad objetiva. Podríamos comprender este fenómeno tomando en consideración, por un lado, que los pensamientos obsesivos son como los pensamientos oníricos, pero además, este proceso de pensar reemplaza a los actos, lo que daría a los pensamientos ciertas características de la acción, como el transformarse en acto, hacer de las fantasías actos en la realidad psíquica.

Si bien Freud es claro en señalar que el neurótico obsesivo evita solucionar el conflicto en la realidad objetiva, resulta interesante constatar que se refiere a un conflicto de ambivalencia, los cuales inscribe en el conflicto edípico. Durante el historial del hombre de las ratas refiere el conflicto a la ambivalencia frente a su padre y a su mujer, por la cual siente atracción sexual. En estos conflictos aparece constantemente el tema de la muerte de las personas involucradas. A este respecto Freud es claro en señalar que los neuróticos obsesivos se ocupan del tema de la muerte y que, incluso, es este el origen y contenidos de su superstición. (Freud, 1909).

Este punto es relevante para comprender a lo que se refiere Lacan, como señalamos anteriormente. En relación a la “cadaverización” en el neurótico obsesivo, en tanto en su fantasía piensa constantemente en la muerte del otro como forma de solucionar sus conflictos y anular la demanda del Otro, es decir neutralizar las demandas de la cultura, las que ocasionan su malestar (Lacan, 1953a).

La estrategia obsesiva es engañar a la muerte, renunciando al deseo que mantiene al síntoma obsesivo, de tal forma que aquello que podría importarle pierde su sentido al anular la ganancia como la pérdida, siendo reemplazado por la reiterada aparición de la manifestación obsesiva (Lacan, 1957).

En cuanto a la ambivalencia obsesiva, Lacan sitúa su causa en torno al objeto anal, aquel objeto “a” alrededor del cual el sujeto se constituye en el significante de la demanda del Otro materno. Es el Otro quien, en el contexto de los cuidados y aprobación, domina dicho objeto demandado con la orden de retención y expulsión, introduciendo el contenido fecal en el campo de la pertenencia corporal y a la aprehensión de perderlo, de tal forma que el sujeto tiene la experiencia de satisfacción en torno a este objeto al mismo tiempo que se le enseña a alejarse de él. El síntoma obsesivo toma el carácter de reconocimiento ambiguo “es de mi pero sin embargo no es de mí”, “es mío ese síntoma y sin embargo no es mío” (Lacan, 1963b, p.326).

COMPARACIÓN ENTRE EL TOTEMISMO Y NEUROSIS OBSESIVA.

Freud en *Tótem y Tabú*, aclara que, si bien el totemismo es una formación sociocultural y no una neurosis, es comparable con la neurosis obsesiva en algunos aspectos:

El carácter ambivalente frente a lo prohibido: Tanto en el tabú como en la neurosis obsesiva, se logra inteligir sentimientos y conductas contrapuestas, del individuo hacia la acción de contacto sobre un objeto que se encuentre en el “rango prohibido”; por un lado querer realizarlo pero al mismo tiempo aborrecerlo. En esta dinámica, la parte que rechaza el contacto obedece a la prohibición consciente moral, quien gobierna compulsivamente por obra de la represión sobre su contraparte deseosa de contacto, la cual se mantiene inconsciente. Estas dos fuerzas no se nivelan ni compensan, por no encontrarse en un mismo orden de saber consciente (Freud, 1913).

Por efecto de la represión los motivos de la prohibición son desconocidos y debe su intensidad a su contraparte inconsciente constreñida mas no ahogada en su deseo. La necesidad de descarga, fruto de la tensión acumulada entre estas dos mociones, es el motor de las acciones obsesivas. El placer pulsional procura desbloquearse de la represión, desplazándose sobre nuevas metas, es decir, otras acciones u objetos sustitutos de “lo prohibido”, como una suerte de contagio, así como en el tabú. De la misma forma la prohibición se va haciendo más severa, al migrar con cada empuje de la moción proscrita, persiguiendo estas nuevas metas pulsionales. Esta es la *“ley de la contracción de neurosis”* en la cual las acciones obsesivas al estar al servicio de las pulsiones se acercan cada vez más a la prohibición originaria (Freud, 1913).

El neurótico obsesivo presenta esta dinámica ambivalente y mociones inconscientes, en tanto que en ellos existe un fragmento de realidad histórica infantil en la cual efectivamente presentaron dichos impulsos prohibidos, que fueron inhibidos en su actuar sustituyendo dicha meta motora por el pensamiento (Freud, 1913).

Este aspecto se revela en el Tabú practicado frente a los Jefes, donde existe una conducta tanto en los ceremoniales del tabú como en la neurosis obsesiva, un carácter de hiperternura cuidadosa y angustiada en el trato con aquellos que encarnan el lugar del privilegio y la jefatura. Detrás de esta veneración se aloja una inconsciente hostilidad asesina. Este hecho, lleva la marca de la ambivalencia y la acción obsesiva es tanto defensa como repetición de lo prohibido (Freud, 1913).

Dado que el principio del placer es para tener un modo de funcionamiento, el comportamiento obsesivo regula al evitar la meta y fin de su deseo, evitando el exceso de placer (Lacan, 1959a).

El rasgo escrupuloso de la conciencia moral es reactivo a las mociones inconscientes. Esta conciencia moral reactiva es el cimiento de la conciencia de culpa, cuya naturaleza angustiada es un indicador de dicha moción de deseo inconsciente, la cual al ser reprimida, muda su libido en angustia (Freud, 1913).

De la misma manera, es pertinente el trato que se tiene frente a los muertos en comunidades primitivas. Ante el fallecimiento de un ser querido, se origina el temor a su retorno demoniaco, para lo cual se evita pronunciar su nombre y se realizan complejas ceremonias y prácticas de luto para mantener su espíritu alejado. Esto es símil a los reproches obsesivos que padecen los deudos, quienes dudan de alguna forma sobre su culpabilidad por omisión o negligencia sobre la muerte del ser amado. Tras dicha muerte, el reproche obsesivo reacciona contra el deseo inconsciente hostil, propio del binario y ambivalente carácter de amor-odio que se tiene en las relaciones humanas de ligazón intensa. (Freud, 1913).

Los integrantes de las sociedades primitivas temen, que si uno de ellos viola el tabú, recaiga sobre él un castigo en forma de grave enfermedad o muerte. En cambio en un caso de neurosis obsesiva, el temor por realizar una transgresión de aquello que cuenta con el rango de lo prohibido, se sostiene no por sufrir él el castigo, sino que dicho apremio catastrófico recaiga en otra persona, que si bien es cierto no está claramente identificada, suele eventualmente identificarse como un ser querido (Freud, 1913).

El carácter inmotivado de los mandamientos prohibitivos: En el tabú, se supone, que las prohibiciones son antiquísimas e impuestas desde afuera por una generación anterior, quienes adscribieron el carácter de prohibido sobre fuertes tendencias de sus integrantes, transmitiendo a través de tradiciones lo prohibitivo pero no el saber detrás de lo prohibido, es decir lo deseado. Sin embargo, también es posible la imposición del tabú dentro de una organización social al modo de una “herencia innata”, en la cual la sola fantasía de deseo de matar y devorar al padre primordial pudo ser suficiente para generar la reacción moral que funda el totemismo y el tabú. En ambos casos el tabú sufre desplazamientos y desfiguraciones de lo originario por el efecto de contagio, distanciando aún más el saber latente de lo que motiva la prohibición (Freud, 1913).

EL GOCE OBSESIVO.

Estos elementos, en especial lo relacionado con la repetición y el problema de la muerte, nos permiten tomar la problemática del Goce en el síntoma obsesivo desde Lacan, o la sufrida satisfacción que el sujeto obtiene de su síntoma obsesivo

En este mismo sentido, Lacan elabora una concepción de síntoma, en la cual este queda ubicado en la intersección entre el registro simbólico y lo real, de tal forma que mantiene un vínculo doble con el goce y el inconsciente. “(...) *el síntoma no es definible de otro modo que por la manera en que cada uno goza del Inconsciente en tanto que el Inconsciente lo determina*” (Lacan, 1975a, p. 36)

Las representaciones obsesivas corresponden a reproches que surgen de la experiencia de satisfacción sexual infantil reprimida y poseen un carácter de prohibición que inaugura el carácter transgresor del goce. Por tanto el síntoma obsesivo muestra las dos dimensiones del síntoma Lacaniano, es decir como mensaje y como goce articulados de forma tal, que funciona como metáfora

paterna o ley simbólica que pone límite al goce, al mismo tiempo que constituye la forma en que el sujeto obsesivo goza de su inconsciente. (Lacan, 1975a y 1975b)

Lacan, abre nuevas interrogantes para la clínica obsesiva, interrogantes relacionadas con la comprensión del síntoma en esta nueva dirección y que toma al goce en su dimensión real. Es de este modo como Freud, al intentar comprender el síntoma obsesivo, se va encontrando con diversos aspectos que al parecer escapan de la escucha analítica, como son la compulsión de repetición y su relación con la pulsión de muerte.

CONCEPCIÓN DE PSICOSIS.

Si bien, a comienzos del siglo veinte, la tesis analítica influyó notablemente en poder destacar las neurosis psicógenas en el discurso psicopatológico Kraepeliniano, esta no logró imponer su orden nosológico de neurosis actuales (neurastenia, hipocondría, neurosis de angustia), neurosis de transferencia (histeria y neurosis obsesiva) y neurosis narcisista (parafrenia, melancolía y paranoia), en el contexto cultural e ideológico psiquiátrico somatista. Finalmente, en la década del veinte, Freud abandona la intención de reemplazar la concepción de demencia precoz y esquizofrenia por la de parafrenia, que introducía el concepto de psicosis en la teoría analítica (Maleval, 1981).

En Neurosis y Psicosis, Freud describe un yo en una posición entre el mundo exterior y el ello, quienes como amos le demandan diferentes sumisiones o vasallajes. La etiología de neurosis y psicosis, sería común, es decir, la frustración de los intensos deseos filogenéticos de la infancia, contrapeso gravitante para la organización psíquica. En este crisol, se forja una diferencia analítica entre neurosis y psicosis, la primera es fruto del conflicto económico y dinámico entre el yo y el ello, al servicio del superyó y de la realidad, en contraste con la psicosis que sería el conflicto entre el yo y el mundo exterior (Freud, 1924).

Más cercano a la experiencia clínica con psicosis y menos de una década después, Lacan retorna a las preguntas del enigma de su mecanismo, al plantearse a favor del origen psicógeno de la psicosis; en su tesis doctoral sobre la paranoia de auto-punición de Aimee, quien veinte días después de la reclusión por su intento de asesinato a la diva parisense, experimenta una mejoría total y duradera luego de varios años de sintomatología (Maleval, 1981).

Desde ese entonces, se desencadenó las construcciones conceptuales centrales de una escuela que no retrocede ante la psicosis. Lacan edifica una perspectiva en la cual la función paterna y el efecto estructurante del lenguaje, permite inteligir la mecánica psicótica.

En esencia, desde la teoría estructuralista lacaniana, la psicosis corresponde a un fracaso en la represión originaria. Dicha represión, corresponde en el complejo de Edipo, a la metáfora paterna que vendría a sustituir el deseo de ser el falo materno, por los significantes de la ley del orden simbólico o gran Otro. Este fracaso de la represión o Forclusión del Nombre–del-Padre, involucra un rechazo del orden simbólico y por tanto falla en la función de significación (Laplanche & Pontalis, 1996).

A este punto, es correcta la aclaración, del lugar que ocupaba el nombre del padre en Lacan de fines de la década del cincuenta. En dicha época, entonces el nombre del padre en singular, correspondía al significante de la ley que garantiza el funcionamiento no psicótico de lo simbólico. Su función se centraba en dar lugar al Otro del Otro y en una garantía absoluta en el establecimiento de la ley; la ley de la prohibición del incesto (Morel, 2012).

El significante Padre, posee una función en el centro de la organización del simbólica del sujeto y por tanto la pregunta ¿Qué es un padre? es central para todo neurótico desde su infancia. En la dialéctica edípica, se supone que habría alguien que podría responder y sostenerse en la posición de ser “Un padre” con quien se tendrán los sentimientos hostiles y de rivalidad (Lacan, 1957).

La represión del complejo de Edipo sepulta esta hostilidad, quedando articulada en un punto en particular de la historia subjetiva (y no en una relación

permanente), dejando como resultado el superyó, la primera inscripción de la ley en el inconsciente (Lacan, 1957).

La función paterna anuda la relación con la ley de cada hombre en cultura, en tanto capitonea entre el significado y el significante del orden simbólico de lo proscrito y prescrito. Así a través de la intervención sancionadora arbitraria de la castración, experiencia de lo prohibido y de lo permitido, se logra distinguir el orden simbólico como coordenada orientadora en las confusas armonías imaginarias (Lacan, 1957).

Por lo tanto, el sujeto tiene prohibido el acceso directo y radical a la realidad de la cosa en cuanto tal y sólo tendrá acceso a ella través de la función simbólica por el lenguaje, o dicho de otro modo, por el significante. La proscripción del NO o Nombre-del-Padre, como metáfora paterna, limita su acceso inmediato con la cosa materna, salvándolo de desaparecer como sujeto en un estado de fusión-confusión. El nombre del padre ofrece, aunque arbitrariamente, una variada experiencia de significación del mundo y sus objetos. La función del no del padre generará una hiancia, entre el sujeto y la cosa, entre el sujeto y la madre, espacio en tanto falta necesaria, no sólo para desear, sino desear en un orden de sustitución simbólica o desplazamiento metonímico, es decir en uno orden estructural, por tanto efecto del lenguaje.

Volviendo a Freud, la psicosis se desencadenaría porque el ello o la realidad se ha vuelto intolerablemente demandante y avasallan al yo. Si se considera que la realidad psíquica está condicionada por el deseo, se puede concluir que tanto la realidad como el ello, constituyen un golpe o forzamiento pulsional que desde lo inconsciente, como discurso del Otro, desencadenarían la psicosis (Maleval, 1981).

AUTOMATISMO MENTAL COMO DISCURSO DEL AMO Y FENÓMENOS ELEMENTALES EN PSICOSIS.

Ya desde la época de la tesis doctoral de Lacan, el automatismo, como concepto psicopatológico, era en esencia la intrusión de un fenómeno en la personalidad (cuya etiología se suponía orgánica), señalado con la perplejidad que sufre el individuo que lo padece, provocando secundariamente el delirio (Lacan, 1932).

Lacan, quien reconoce a Clérambault como su maestro; justifica el uso del término de automatismo y sitúa etimológicamente a dicho significativo al automatón aristotélico, en tanto lo que piensa por sí mismo, sin relación con el yo que da su sujeto al pensamiento (Lacan, 1956c).

La teoría Lacaniana, en la relación del individuo con su experiencia, supone de base que parte de la realidad es imaginada y la otra es real e inversamente, si una es real la otra se convierte en imaginaria. Por otro lado, el acto de la palabra es un funcionamiento coordinado con un sistema simbólico significativo y previamente establecido en la cultura, a la cual el sujeto llega a ejecutar la simbolización pero no a fabricar el símbolo. (Lacan, 1954).

Lacan, iguala el discurso del amo con el carácter aneideico (desprovisto de contenido de pensamiento) del automatismo mental de Clérambault, situando en la partícula básica de la psicosis un trastorno del pensamiento elemental (Lacan, 1955c).

El discurso es la organización del lenguaje, de tal forma que determina las relaciones del sujeto con los significantes y con el objeto a significar, central para reglar el lazo social. De esta manera el sujeto (no el hombre en general ni el individuo) es aquel dependiente del lenguaje y lo que lo produce es que un significante lo venga a representar frente a otros significantes y por ende a determinarlo. Dicho en otros términos, el sujeto es el efecto de la enunciación del

lenguaje, cuyo predicado de significantes lo constituyen al representarlo. Desde ese momento crucial de sujeción al lenguaje, este sujeto pierde toda posibilidad de acceso directo al objeto, el cual queda radicalmente perdido. El sujeto no es autónomo sino que determinado por el significante que impone una separación o barra sobre él (Laplanche & Pontalis, 1996).

La designación de “amo”, del discurso amo, señala el hecho que al mismo tiempo de la constitución del sujeto como tal, es sometido a la enunciación de un mandamiento o adhesión a una determinada palabra maestra. Los términos de esta sujeción es que todo discurso se dirige a otro (no a una persona en particular) y se dirige desde un cierto lugar o agente, en tanto en nombre de alguien ya sea en nombre propio o en nombre de un tercero (Laplanche & Pontalis, 1996).

Desde esta perspectiva, se puede entender que el forzamiento aneideico del automatismo mental, es el mandamiento por el cual una suerte de agente tercero representa al sujeto de lo inconsciente de una persona. Esto aparece dirigido en forma indiferenciada, tanto a esa persona como a cualquier otro, lo que la hace confusa por su falta de discriminación y por ende vivenciado con perplejidad. Dicho enunciado es inicialmente percibido en silencio, en tanto un fenómeno sutil precoz y luego con voz en tanto tardío y grosero. *“Si, al nivel del discurso del Amo, queda claro ya en el simple funcionamiento de las relaciones del amo y del esclavo que el deseo del amo es el deseo del Otro”* (Lacan, 1969, p19 del formato digital).

Siguiendo con esta idea, Lacan plantea que el sujeto se habla con su yo, pero que en un individuo no psicótico dicha habla no es explícita sino que ambigua. En cambio en un psicótico, el sujeto se encuentra plenamente identificado a su yo, con su imagen especular, con el que habla literalmente. Este hecho es característico de los Fenómenos Elementales, cuyo paradigma son las alucinaciones verbales. Por tanto, lo que caracteriza fundamentalmente al fenómeno elemental es el sentimiento de realidad evidente en el hablar

literalmente con su yo, como si este doble invertido fuese un tercero que comenta sus actos (Lacan, 1955c).

En el estadio del espejo descrito por Lacan, señala la integración de una imagen corporal primaria, que da el boceto princeps del yo y desde donde se desplegarán las futuras identificaciones secundarias. En dicho estadio el sostén del otro, que suele ser la madre, es esencial en la mirada que lo mira y que lo catexia de tal modo que es el motor de la narcisización de esta imagen corporal integrada (Lacan, 1966).

La exigencia pulsional como tal y en especial su variante desligada, son un real que demanda en forma constante al sujeto. Sin embargo, también son participes juntos con el sostén, el reconocimiento e investidura libidinal de parte de un otro, de una imagen corporal especular integrada.

Pero esta imagen es reconocida como la de otro, que viene siendo el yo de la relación dual, o dicho de otro modo, el yo imaginario es una relación de confusión de sí mismo con el otro, en tanto el yo originariamente se acuña en el otro, existiendo una confusión fundacional del sujeto con la imagen que lo conforma, alienándolo en forma radical al mismo tiempo. El yo está ligado a la relación narcisista de identificación con el otro *“En efecto, en toda relación narcisista el yo es el otro y el otro es yo”* (Lacan, 1955a, p 45 de la versión digital).

Lacan no está de acuerdo con la tesis de Clérambault, en la que los fenómenos elementales son un núcleo inicial parasitario en la personalidad de un individuo que sufre una psicosis y que a través de una explicación delirante intenta integrarlo a modo de encapsulamiento. Para Lacan, los fenómenos elementales y la estructura del psicótico no son diferenciables. Los fenómenos elementales no son más elementales que la creencia delirante (Lacan, 1955d).

De tal manera que, en una psicosis no es la realidad lo gravitante, es decir, hasta cierto punto los fenómenos elementales son reconocidos por el individuo como irreal o al menos como algo distinto a lo real. Lo que es central en una

psicosis es la certeza, o más bien la certeza radical y obvia, por tanto elemental, de que estos fenómenos le conciernen en forma absoluta y a pesar de que no pertenecen al orden de lo real, siendo así una perfecta ambigüedad (Lacan, 1956a).

La psicosis se ordena en torno a un fenómeno primario de relación significante, de tal forma que el sujeto se relaciona con el significante en su aspecto puramente formal, del cual en forma secundaria se desprenden los otros fenómenos psicóticos. El automatismo mental se organiza siempre en torno del mismo significante, de manera que, el delirio es un tejido de significaciones en torno a un significante particular, aunque no esté formulado (Czermack, 1986).

El comentario del automatismo mental no se trata de puntuación en el que surge un sujeto a partir de los significantes que lo representan, sino ante su extinción, dicho de otra forma, el sujeto a ser llamado a responder allí, donde el significante de la función paterna no está; el automatismo mental es una manifestación precoz, pero también, recurso ante la muerte del sujeto, de modo tal que queda neutralizado e indiferente; un sujeto que habla en forma aneideica. La clínica del automatismo mental, es la clínica de la muerte del símbolo privado al sujeto para responder (Czermack, 1986).

La pulsión mortífera y su estatuto de real, como exceso de montos de estimulación que amenaza y fuerza al aparato psíquico del infans a una inscripción imposible, en un contexto de desamparo extremo y disfunción de un otro como alojador del juicio de existencia, desmonta el proceso de simbolización primaria impidiendo el capitonaje necesario para la constitución del orden simbólico.

La compulsión a la repetición coacciona al sujeto psicótico, al insistir en el encadenamiento de significante pero en un punto vacío y sin significación. Deviene el derrumbe y aparece el otro imaginario, pero ya no como tal, sino en su variante real, su propio yo, como no-yo, intentando responder pero de la única manera que lo puede hacer, a través de un mecanismo, cual perfecto amo, automático

aneideico y alucinatorio. Esta figurabilidad que aunque anómala, restituye a través de la edificación de un delirio, una suerte de suplencia sólo concerniente al sujeto psicótico, al otorgarle la certeza elemental de su existencia y origen.

MECANISMO PSICÓTICO

En la mecánica de la psicosis, especialmente en la esquizofrenia, existe una desgarradura en el vínculo del yo con la realidad exterior. Existe una disfunción en su intento de conciliar las exigencias de estos dos campos y el delirio sería un parche a modo de intento de reconstrucción curativa. (Freud, 1924).

Así, existen, dos tiempos en el proceso psicótico; un primer momento de ruptura entre el yo y la realidad, lo que se condice con la experiencia alucinatoria; y un segundo tiempo de intento de reconstitución de la realidad a través del delirio. La psicosis niega la realidad, para después intentar reemplazarla activa y constructivamente (Maleval, 1981).

Sin embargo en ese entonces, Freud, no inteligía aun cual es el mecanismo por el cual el yo rompe con el mundo exterior, sin embargo indica que el contenido de dicho mecanismo es una deuda de la investidura enviada por el yo a la realidad. (Freud, 1924).

El desconocido, pero supuesto mecanismo psicótico Freudiano, es en la década del cincuenta, sindicado por Lacan como forclusión, pero ya no como fracaso de la represión y proyección hacia el exterior como en los planteamientos de Freud en el caso Schreber, sino que lo abolido dentro vuelve desde fuera (Maleval, 1981).

En la psicosis cuando el sujeto se encuentra enfrentado a una circunstancia que llama a la pregunta ¿Qué es un padre?, ante la ausencia de significación para tal, el significante del nombre-del-padre irrumpe de modo radicalmente enigmático, por no poder formularse, desencadenando un derrumbe imaginario y un retorno de

lo no simbolizado ahora en lo real, por lo cual se fuerza la producción de una significación nueva y delirante (Lacan, J. 1956b y 1956c).

Contardo Calligaris, psicoanalista italiano, propone desde sus interrogantes un acercamiento a la psicosis, de modo tal, que pueda entenderse su mecánica. Según este autor, el sujeto psicótico, poseedor de una estructuración del saber diferente al del neurótico, en algún momento debe referirse al nombre-del-padre, es decir responder a la pregunta directa, o a menudo indirecta, referida a una función paterna que no dispone, es decir que está forcluida. Así, el sujeto psicótico, sufre una imposición al modo de llamado, en el registro de una significación fálica imposible, a la función paterna que no responde en lo simbólico, que no está en su sistema simbólico y se desencadena la crisis psicótica (Calligaris, 1989).

El individuo psicótico, al tener que responder a la pregunta referida a una función paterna que tiene forcluida, va a experimentar la imposición radical de dichos significantes en lo real, desencadenando el derrumbe imaginario, por lo cual se fuerza la producción de una significación nueva o para-metáfora delirante, la cual fenomenológicamente puede ser parecido a una metáfora paterna neurótica (Calligaris, 1989).

En el desencadenamiento de una crisis psicótica, lo forcluido, vuelve en lo Real, pero de modo tal, como constelación simbólica e imaginaria paterna edípica específica, que obedece a los mismos tipos de constelaciones que se puede dar en estructuraciones neuróticas. En este punto se debe aclarar, que lo forcluido es la función paterna y no los significantes de dicha constelación edípica, que cumplirían esta función si no estuviese forcluida. En consecuencia, lo que vuelve en lo Real, son los significantes singulares (que cumpliría dicha función paterna si no existiese forclusión) o significantes paternos que son parte de un saber singular del sujeto psicótico, a pesar de no ubicarse en un posición organizadora central del orden simbólico, que este saber no dispone, pero con los que se podría construir una para-metáfora delirante (Calligaris, 1989).

Como se señaló, la constelación significativa que vuelven en lo Real, obedece a los mismos tipos de constelaciones que se puede dar en estructuraciones neuróticas. Si la constelación paterna es de tipo histérico la psicosis será de tipo esquizofrénico, si la constelación paterna es de tipo obsesiva la psicosis será paranoia (Calligaris, 1989).

En las constelaciones paternas estructurantes de la neurosis histérica, el padre es de tipología débil y castrado. En la psicosis al volver en lo Real, este agente débil de la metáfora paterna (forcluida como función organizadora del orden simbólica), es con lo que se intentará construir una para-metáfora delirante, lo cual tiene como consecuencia el fracaso en la constitución del delirio o en una constitución muy precaria de la metáfora delirante en la que hay supremacía de alucinaciones no auditivas por sobre las escasas auditivas. Así, existe en las crisis psicóticas esquizofrénicas, una permanente pero discontinuo intento de construcción de una metáfora delirante, que no logra constituirse, de modo tal que el sujeto pueda sustentarse en una significación, la cual al fallar se alterna con la aparición de alucinaciones no auditivas (Calligaris, 1989).

Según la tesis de Calligaris, en las constelaciones paternas estructurantes de la neurosis obsesiva, el padre es no-castrado. En una psicosis, al volver en lo Real, este agente no-castrado de la metáfora paterna (forcluida como función organizadora del orden simbólica) se da una facilidad para la construcción delirante, exitosa como defensa del sujeto que se puede sustentar en la significación delirante. También existe riqueza de alucinaciones auditivas en tanto riqueza de manifestaciones de ese padre en lo Real y escasas alucinaciones no auditivas (Calligaris, 1989).

Ahora bien, todo esto implica de base una estructura como tal psicótica, y por tanto psicosis puede referirse a un sujeto que nunca ha delirado, es decir la noción lacaniana de estructura psicótica va más allá de los cuadros delirantes

agudos o desencadenados. La diagnóstica diferencial psicótica, ya no es la ausencia o presencia de delirio, sino estructural (Maleval, 1981).

Así, los hechos de la psicosis no difieren sólo por su intensidad, sino que principalmente por su estructura. Si se considera la noción de estructura en la clínica lacaniana, como aquella que es el efecto constituyente del sujeto por orden simbólico; y que dicho orden simbólico son la regla primordial de la alianza cultural o complejo de Edipo; entonces podríamos señalar que la estructura es el efecto de lenguaje (Soler, 1989).

Dicho esto, la estructura psicótica, implica la falta radical de un significante en particular, un agujero en el lugar del significante del Nombre-del-Padre, por tanto defecto en su función de orden simbólico, lo que implica defecto en el efecto a nivel de la castración y a nivel del goce. Desde esta perspectiva, la esquizofrenia se define por el hecho que en ella lo simbólico es lo real, en el que las palabras son cosas y sus asociaciones no forman una cadena de significante de sentido. Es decir sus significantes no reprimen nada y no se contraponen al goce anómalo que invade al cuerpo (Soler, 1989).

4° CAPITULO

DISICUSION FINAL

DISCUSION FINAL

Aproximarse teóricamente a comprender el fenómeno obsesivo en esquizofrenia, de entrada, se topa con la tradicional separación de la clínica de la neurosis respecto a aquella de la psicosis. Como se desplegó en el primer capítulo, esta división conceptual se constituyó en un contexto, en lo cual la división mente cuerpo eran relevante a la luz de las tendencias somatistas y psiquistas. Aparentemente, el efecto de esto cristaliza como la lógica categorial de la psiquiatría moderna, en la cual se pretende hacer diferencias entre lo neurótico frente lo psicótico.

Las descripciones psiquiátricas históricas de la psicosis esquizofrénica, pueden tener variados planteamientos, sin embargo son transversales en apuntar que sus manifestaciones giran en torno a dos características, la confusión radical de la vivencia de lo extra e intrapsíquico y a la experiencia del despojo de la voluntad y autonomía que da sustancia al ser de cada individuo.

La vivencia obsesiva, desde el siglo XVIII, fue objeto de controversia psicopatológica. Esta vivencia, en tanto imposición forzada y sin control, no incluye de suyo en forma obligada, la conciencia de enfermedad de parte del individuo que lo padece. Puesto en un plano sindromático descriptivo, es legítimo pensar lo obsesivo, como una dimensión que va desde un polo de duda neurótica, por un lado, hasta uno de certeza delirante psicótica, por el otro.

Además, el automatismo mental, fenómeno psicótico por excelencia, en especial el pequeño automatismo mental, así descrito por Clérambaut, como una intrusión repetitiva que parasita a nivel molecular el pensamiento, de tal forma que es imperceptible sensorialmente y sin certeza, se asemeja a la característica central que un individuo vivencia al sufrir un escrúpulo obsesivo. Esta experiencia subjetiva se refiere a la pérdida de la hegemonía del pensamiento, o como es

descrito actualmente el fenómeno obsesivo, la pérdida del control del pensamiento.

Hasta ahí, no es más que una discusión conceptual y de carácter general, en torno a similitudes entre psicosis y obsesión. Sin embargo, existe una clínica controversial, que no se comprende a priori con las coordenadas habituales señaladas, esta es la clínica de lo esquizobsesivo y más específicamente la presencia de fenómenos obsesivos en esquizofrenia.

Como se describió en el segundo capítulo, separado de la amplia y antigua glosa de la pseudoneurótica, la conceptualización de lo esquizobsesivo, surge como respuesta al traslape entre el trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia. Esta heterogénea clínica, pese a contar con variadas hipótesis descriptivas, dan prueba de existencia de la asociación de lo obsesivo en lo esquizofrénico. Desde ahí es posible plantearlo como campo problemático, al cual aproximarse desde el prisma psicoanalítico.

Teniendo en claro que el estatuto de síntoma en psicoanálisis no es equivalente al de la medicina psiquiátrica, en el tercer capítulo se desarrolló la mecánica neurótica del síntoma obsesivo. Este, manteniendo una funcionalidad acorde con la lógica de la represión, puede entenderse como metáfora sustitutiva en un registro simbólico, pero también como una forma de goce. El síntoma obsesivo funciona como metáfora paterna o ley simbólica que pone límite al goce, pero al mismo tiempo es la forma en que el sujeto obsesivo goza de su inconsciente, introduciendo una dimensión que se corresponde con la pulsión de muerte.

La perspectiva psicoanalítica no ha estado exenta a la interfase obsesión - psicosis. Algunos autores de este campo, han señalado casos de dudas diagnósticas entre neurosis obsesiva y psicosis (Dessal, 1999).

También se ha planteado, que son posibles las transiciones de una neurosis obsesiva hacia una esquizofrenia (Sullivan, 1943).

Sin embargo no se da cuenta de alguna dinámica o funcionamiento que pueda acercar a comprender estas realidades psicopatológicas.

Como se señala en el tercer capítulo, se suele hacer el ejercicio teórico que compara, pero a la vez diferencia, psicosis de neurosis, y en este punto la comparación con neurosis obsesiva se hace con paranoia, y la comparación con esquizofrenia se hace con histeria (Calligaris, 1989).

Una aproximación dinámica la ofrece Henry Ey, al referirse sobre la forma de neurosis pre-psicótica o forma obsesiva de la pre-esquizofrenia. Este autor señala que esta forma clínica sería poco frecuente, pues a su juicio, la neurosis obsesiva es un modo de defensa eficaz contra la disgregación del yo. Sin embargo en ocasiones no se estructura la neurosis obsesiva y sucede una invasión del proceso esquizofrénico, en donde destaca la experiencia delirante de influencia y de extrañeza, de tal forma que el comportamiento oscila entre la conducta sistemática ritual y la conducta autística delirante (Ey, 1969).

Una publicación de hace poco más de 40 años, apoyada en la escuela Kleiniana, plantea la tesis de la función del mecanismo obsesivo en un caso de esquizofrenia infantil. En este sentido se plantea un mecanismo defensivo obsesivo primitivo omnipotente que intenta controlar, terroríficas alucinaciones y evitar la amenazante re-introyección de lo expulsado a través de la identificación proyectiva. Sin embargo el caso describe más bien actos compulsivos estereotipados en una menor, que si bien son técnicamente analizados, no dan cuenta de fenómenos obsesivos propiamente tales (Garbarino, 1971-1972).

Por otro lado, dicho artículo considera el mecanismo obsesivo como parte de un funcionamiento que facilita la mejoría del paciente, lo cual se condice con la tesis sostenida hasta 1980, en el que se planteaba que el fenómeno obsesivo

compulsivo, al estar presente en un primer brote esquizofrénico, aminoraría la desintegración de la personalidad y atemperaría la gravedad de síntomas positivos y negativos (Toro, 2001).

Sin embargo actualmente y luego de estudios comparativos entre esquizofrenia y esquizofrenia con trastorno obsesivo compulsivo, se plantea que la coexistencia de estas clínicas empeora el pronóstico por mala respuesta a tratamiento, mayor severidad de síntomas positivos y negativos, con mayor deterioro psicosocial y peores fallas cognitivas (Loyzaga & Nicolini & Apiquian & Fresan, 2002), (Toro, 2001) y (Rincón & Salazar, 2006).

Volviendo a la tesis de Ey, ya hablaba de una invasión, de lo que él nomina, siguiendo la tradición psiquiátrica, un proceso esquizofrénico en el yo del individuo, en el cual el mecanismo obsesivo existía pero a la vez fallaba como defensa. Lo singular de esta aproximación es el carácter de invasión o intrusión, que como se describió en el capítulo uno, más que ser un punto cualitativamente diferencial, entre psicosis esquizofrénica y neurosis obsesiva, es una característica esencial relativamente común, vivenciado tanto en la imposición forzada del obsesivo como en el automatismo mental del esquizofrénico.

En tal sentido, Jaques-Alain Miller, señalaba a fines del siglo pasado, el problema del diagnóstico entre psicosis y neurosis obsesiva, es que en ambos se observan fenómenos del pensamiento caracterizado en una intrusión, en la que hay una fuerza que no responde a la iniciativa del sujeto, sino que corresponde a lo denominado como Otro, invadiendo y usurpando la jurisdicción del mundo interno del sujeto. Propone que el diferencial entre obsesión y psicosis, es la intensidad del fenómeno intrusivo, es decir si es parcial o si recae en la totalidad de la mente. Por tanto, para una discriminación estructural en estos casos, se debe atender criterios cuantitativos. Sin embargo, pese a esta afirmación, señala que en ocasiones existe una extrema intensidad del fenómeno en neurosis obsesiva que parece confluir con psicosis (Miller, 1999).

Es interesante que Miller reconozca un diferencial más bien cuantitativo que cualitativo, en la experiencia de intrusión entre neurosis y psicosis. Pero aún más relevante es señalar que en ocasiones existe una extrema intensidad del fenómeno obsesivo, de modo tal que dificulta, o al menos hace dudar al clínico, en aclarar el diagnóstico estructural. Sin duda que como en todo caso, con el tiempo de investigación, se pueden tener más elementos para definir con más claridad. Sin embargo, aun existiría la incógnita sobre la mecánica propia de esta singular clínica mixta.

Recordando lo planteado en el tercer capítulo, según la hipótesis de Calligaris, en el retorno de lo real en psicosis, lo que vuelve al momento de un desencadenamiento de una crisis psicótica es una constelación simbólica e imaginaria específica. La propuesta de este autor es que, un delirio no es algo necesariamente inverosímil, es decir que un delirio fenomenológicamente puede ser parecido a una metáfora paterna neurótica y que para poder reconocerlo como delirio, debe reconocerse el agente de la metáfora constitutiva del sujeto o sea la metáfora que lo sustenta en el registro de lo real (Calligaris. 1989).

Desde la teoría estructuralista lacaniana, el significante del nombre del padre y su falla en organizar el orden simbólico, es central en esta perspectiva de la psicosis. La psicosis gira en torno de una relación entre el sujeto y un significante particular.

Como ya se señaló, Calligaris no trata de proponer una dimensionalidad entre tipos de psicosis y tipo de neurosis, es decir se mantiene fiel a la doctrina estructuralista lacaniana. Sin embargo, compara de modo tal, que puede identificar ciertas constelaciones imaginarias y simbólicas paternas edípicas homologables entre tipos de psicosis y tipo de neurosis.

Cabe recordar, que los significantes de dicha constelación, al estar forcluida en psicosis, retornan en lo real. En el caso de la paranoia, lo que retorna son significantes de una constelación edípica obsesiva, es decir significantes de la enunciación de un padre no castrado. En este argumento, destaca el padre sin

falta, o dicho de otra forma, el rasgo de la ley arbitraria, que no duda, sino que hace dudar al imponerse como amo.

Si bien, en la tesis de Calligaris, se diferencian los pares comparativos histeria-esquizofrenia y obsesión-paranoia, es más significativo que da luces sobre una mecánica del retorno en lo real de un padre no castrado y su efecto en quien vive su imposición, forzando la producción de una significación nueva o para-metáfora delirante, la cual fenomenológicamente puede ser parecido a una metáfora paterna neurótica.

En este punto, es apropiado recordar, que desde la psiquiatría, la manifestación obsesiva es puesta en contraposición con el delirio, en tanto ausencia o no de certeza del contenido de la idea. Por otro lado, la cuestión del diagnóstico diferencial frente a manifestaciones esquizoobsesivas, se da en el contexto de esquizofrenia paranoide, o sea en aquellas esquizofrenias que se logra construir una para-metáfora que más o menos puede sustentar una significación.

Otra analista, Colette Soler, señala el concepto lacaniano de “eficacia del sujeto”, para señalar que es el propio sujeto, en el trabajo del delirio, quien toma a su cargo, en solitario, el retorno de lo real, o sea una auto-elaboración. Aún más, esta autora, propone que el delirio no es la única manifestación de la psicosis, si no la forclusión es susceptible de ser compensada en sus efectos en formas diferentes a la elaboración delirante (Soler, 1989).

Desde estos acercamientos teóricos, es posible pensar, que en un desencadenamiento o crisis psicótica, al retornar en lo real, cierta característica particular de la ley, puede constituir una forma distintiva de psicosis esquizofrénica. Esta característica particular de la ley sería el significante de la arbitrariedad y como tal, forzar al sujeto a construir una para-metáfora de aspecto

y enunciado obsesivo, pero de sillares psicóticos. Sin embargo hasta aquí es una argumentación incompleta y se requiere ahondar en el carácter forzado de la ley.

Lacan en el Seminario de la Ética del psicoanálisis, sitúa en la experiencia inconsciente, una ley de signos arbitraria en la cual el sujeto no tiene garantía alguna y que en un horizonte que va más allá del principio del placer, hay una defensa orgánica del yo, introducida por la estructuración significativa del inconsciente humano (Lacan, 1959b).

El carácter de forzamiento o de coacción, se puede situar en el malestar obsesivo desde el lugar que ocupa la ley en la cultura. Dicho de otra forma, la ley por su carácter de coacción o imposición forzada como por el particular aspecto ambivalente que posee, recuerda la clínica obsesiva.

Al respecto, Freud sitúa al Tabú, como “Horror sagrado”, que genera un efecto de prohibición por sí mismo, carente de fundamento conocido, dando el carácter de evidente al tabú, al cual los pueblos primitivos se someten primigeniamente y sin cuestionamiento. El carácter sagrado suele residir en forma permanente o transitoria en cosas, lugares, personas o condiciones; de tal forma que la restricción emana de la prohibición de violar dicho carácter, cuyo castigo es automático, ineludible y severo, convirtiendo al mismo que viola el tabú, en un tabú (Freud, 1913).

Tótem y tabú es un mito moderno para intentar explicar la pregunta de ¿dónde está el padre?, es decir la pregunta mítica por el padre simbólico, el que puede subsistir en el estatuto de único, solo si se encuentra antes de la historia y asesinado; tragedia que paradójicamente lo eterniza y conserva en el lugar uno o primitivo. Lo conserva en un núcleo superyoico que encarna en cada sujeto la conciencia moral como internalización de la ley, por el sepultamiento del complejo de Edipo. Es así, como el individuo entra en el orden de la ley, por la vía del crimen imaginario o asesinato del padre mítico prehistórico. Desde allí, la función paterna es la que anuda la relación de cada hombre en cultura con la ley. Así a través de la intervención sancionadora de la castración, se logrará distinguir el

orden simbólico de las armonías en las experiencias imaginarias. Esta característica es un aspecto tiránico que reside en el superyó y es lo que marca la relación del hombre con el significante de la ley (Lacan, 1957a).

Este significante, desde una perspectiva freudiana es lo originariamente reprimido y central en lo inconsciente. Desde una perspectiva estructuralista, ante el agujero en lo simbólico, que es la ley de la prohibición del incesto, se instaura una interdicción que se encuentra en toda cultura, como la regla invariable de la prohibición del incesto. Todo lazo social, se constituye en la no relación sexual asociado a la prohibición del incesto (Morel, 2012).

Desde una conceptualización filosófica post-moderna, la imposición de la ley implica, una Ley aplicada por la fuerza. Dicho de otra forma, no existe aplicabilidad de ley sin fuerza; fuerza que puede ser directa, indirecta; simbólica, física; externa, interna; discursiva, coercitiva o regulativa. De esta forma, la autoridad de una ley se instaura originariamente con violencia, puesto que, en su calidad de originaria, no pudo haber sido autorizada por una legitimidad anterior. (Derrida, 1992).

El momento mismo de la fundación, es decir la operación que consiste en inaugurar, justificar y hacer la ley, consistiría en un golpe de fuerza, en una violencia performativa. Como el origen de la autoridad fundacional de la posición de la ley sólo puede apoyarse finalmente en ella misma, son en sí mismo una violencia sin fundamento (Derrida, 1992).

Más aún, la posición de la ley, es ya iterabilidad que llama a la repetición auto-conservadora. La conservación a su vez sigue siendo refundadora para poder mantener aquello que pretende fundar. No hay oposición entre, fundación y conservación, tan solo una contaminación diferencial entre las dos, con todas las paradojas que esto puede inducir (Derrida, 1992).

La idea de que la ley se constituye y mantiene con imposición violenta, es la que se recoge para señalar que la entrada, simbolizante o no, de la ley del nombre

del padre, entra con algún grado de violencia o fuerza arbitraria. Este es el rasgo antes señalado como un padre no castrado o como la enunciación del significante de la arbitrariedad de la Ley. Desde esta propuesta, es posible pensar que, en casos de psicosis paranoide esquizofrénica pseudobsesiva, podría tratarse del retorno en lo real de los significantes del carácter arbitrario de la ley y no de la ley del padre muerto.

Ahora bien, la obediencia forzada, inconsciente, frente a la regla social es tan mítica como el tabú. El Incesto y el Parricidio en el drama edípico, siendo las prohibiciones más repudiadas, son las que componen el crimen primordial que instituye la ley universal, cuya significación sostiene y da forma al individuo en un valor para sí como para el otro. La inscripción de esta ley simbólica es a través de formas positivas en la sociedad, sin embargo, esta es transmitida inconscientemente por el lenguaje (Lacan, 1950).

Freud ya advertía, que el yo de un individuo podía, so pena de sufrimiento, intentar conciliar tanto al ello como al mundo exterior, para conservar una relativa integridad yoica. En este sentido, en Neurosis y Psicosis, planteaba que el efecto patógeno depende de lo que el yo haga con las demandas de las instancias tópico-dinámicas tensionadas, es decir sometido al mundo exterior domina al ello, o dominado por el ello se deja fugar de la realidad. Sin embargo, esto no sería tan simple, principalmente por la acción del super-yó que *“en un enlace que aún no logramos penetrar, reúne en sí influjos del ello tanto como del mundo exterior y es, por así decir, un arquetipo ideal de aquello que es la meta de todo querer-alcanzar del yo, la reconciliación entre sus múltiples vasallajes”*. (Freud, 1924, p. 157).

El significante Padre, posee una función en el centro de la organización simbólica del sujeto y por tanto la pregunta “Qué es un padre”, es central para todo individuo desde su infancia. En la dialéctica edípica, se supone que habría alguien

que podría responder y sostenerse en la posición de ser “Un padre” con quien se tendrán los sentimientos hostiles y de rivalidad. La represión del complejo de Edipo sepulta esta hostilidad articulada en un punto en particular de la historia subjetiva (y no en una relación permanente) dejando como resultado el superyó, como la primera inscripción de la ley, apuntado en el inconsciente (Lacan, 1957b).

En la obsesión, se trata de una defensa continua frente a representaciones sexuales que llegan en forma permanente, “*vale decir, de un trabajo que aún no había alcanzado su acabamiento*” (Freud, 1894, p.55)

Siguiendo esta línea podemos tomar lo referido por Freud de que muchas representaciones obsesivas que se suceden y parecen diversas, son en el fondo la misma, lo que ocurre es que la primera es rechazada y luego retorna de manera desfigurada. Lo interesante es que esta desfiguración no es azarosa, sino que lleva las huellas de la lucha defensiva primaria. (Freud, 1909)

Este hecho permite comprender que la defensa no lograda de la neurosis obsesiva obliga un trabajo psíquico continuo para hacer frente al conflicto inconsciente. Pero también nos pone en la pista de otro elemento fundamental que tiene que ver con la pulsión, es decir el carácter conservador y su relación con la compulsión a la repetición, lo cual se puede plantear en la neurosis obsesiva. Dicho de otro modo, el fenómeno obsesivo en la esfera del pensamiento que lleva a las complejidades de la compulsión a la repetición (Freud, 1920).

En este punto de la discusión, hay que detenerse para recordar, que una de las características fundamentales que Freud desarrolla, en Más allá del Principio del Placer, es la existencia de una compulsión a la repetición que no obedece al principio del placer, o sea, que es capaz de retornar vivencias pasadas que no son placenteras ni satisfactorias para las mociones pulsionales reprimidas. Dicho así, esta hipótesis pone a la compulsión de repetición en un estrato más original y más cercano a lo pulsional que el principio del placer. Es precisamente esta característica elemental la que define a las pulsiones en su esencia universal de

volver a un estado previo, de tal modo que se trata del esfuerzo intrínseco de toda materia orgánica, en volver a un estado previo a su naturaleza viva, a modo de inercia de la vida orgánica. Esta suerte de retorno mortífero de la naturaleza conservadora o re-gradiente de los seres vivos, expresa que la meta radical de la vida es la muerte y que lo previo a la vida es lo inorgánico o inanimado (Freud, 1920).

A juicio de Freud, son las pulsiones yoicas las que tendrían el empuje hacia lo mortífero y las pulsiones sexuales aquellas que tienden a la continuidad vital. Sin embargo no es tan clara la oposición de ambas, puesto que el principio del placer se encuentra al servicio de la pulsión de muerte. Dicho de otro modo la compulsión de repetición y la satisfacción pulsional se trenzan estrechamente de forma particular. Por un lado las pulsiones yoicas son fruto de la animación de la materia inorgánica y cuya meta es el restablecer el orden inanimado; y por el otro lado las pulsiones sexuales también intentan restablecer una condición primitiva del ser vivo, que es la fusión de los gametos germinales (Freud, 1920).

De este modo podríamos pensar, que en lo obsesivo aparecería más claramente el principio del más allá del principio del placer, en el sentido de la repetición en el síntoma, que pone en primer lugar su carácter pulsional, lo que va en la misma línea de lo que es central para la teoría psicoanalítica y que señala que el sujeto repite lo que no puede recordar (Freud, 1914).

Puesto así, el fenómeno obsesivo, se entiende no desde su dimensión de mensaje, sino desde su estatuto de goce. El goce es la satisfacción paradójica del síntoma en el displacer e implica una pulsión parcial, por ello también señala la satisfacción perversa polimorfa original del ser hablante lo que, para su comprensión, en mas allá del principio del placer y en torno a la pulsión de muerte (Soler, 1989).

La pulsión de muerte y la compulsión a la repetición (*Widerholungszwang*) permite comprender el forzamiento en todo lo que se repite en el inconsciente. En este sentido, Lacan señala al *Zwang* como automatismo. Este forzamiento es una exigencia en la que aparece una representación que funciona como una orden

junto con una premura de la pulsión que exige descarga de satisfacción. El forzamiento (zwang) obsesivo es la pulsión de muerte que fuerza a los significantes a repetirse en el pensamiento y en el síntoma, *“Y el zwang, la compulsión, que Freud define por la Wiederholung, rige hasta los rodeos del proceso primario”* (Lacan, 1964, p.64).

La obsesión es la insistencia de la cadena de significante del inconsciente, o dicho de otra forma, la repetición del inconsciente es obsesiva *“...el automatismo de repetición (Widerholugszwang) toma su principio en lo que hemos llamado la insistencia de la cadena de significantes.”*(Lacan, 1955b, p.23).

El síntoma tiene un estatuto en lo real, producto del efecto de lo simbólico sobre lo real, El síntoma se traduce en real, en goce, lo que en lo inconsciente se trata de un rasgo Uno, un significante repetitivo. Por tanto, en esta lógica, se trata de un síntoma, que determina a un sujeto, como una función de goce determinado por el inconsciente. Esta función puede tomar variables formas (ejemplo una conversión corporal o una repetición de pasaje al acto) o envoltorios formales del síntoma, dependiente de la estructura clínica (Morel, 2012).

El fenómeno obsesivo, **en su carácter repetitivo y forzado**, no posee una función de síntoma en términos analíticos clásicos, es decir, dicho rasgo no representa una metáfora sustitutiva de un saber sobre un deseo reprimido, sino que es solo goce. Precisamente, es este el estatuto el que se exhibe en la esquizofrenia pseudobsesiva.

Por tanto, lo propio del fenómeno obsesivo en casos de la psicosis paranoide esquizofrénica pseudobsesiva, podría tratarse del retorno en lo real de los significantes del carácter arbitrario de la ley. Estos significantes no lograron instituirse en una función simbolizante, es decir no hacen metáfora y no sustituye lo prohibido. Retornan no como mensaje y se imponen con energía constante de pulsión de muerte, es decir con un constante forzamiento de la cadena de significantes de un discurso amo.

Lo propio del goce obsesivo, como probable mecanismo de lo obsesivo en lo psicótico, podría residir en el carácter arbitrario y forzado de la ley, constituyendo la fuerza que se impone como agente repetitivo cuya característica en esencia, es ser un fenómeno de imposición automática y parasitaria en el pensamiento del obsesivo y en el automatismo mental del esquizofrénico.

Desde un lugar otro, un discurso amo que impone con energía pulsional la cadena de significante, retorna en lo real, pero no de cualquier significante, sino de aquel que originariamente intentan fundar la ley. El estatuto de este significante pertenece al representante de la energía fundacional, la energía de la ley arbitraria, un agente como un padre no castrado.

El carácter pulsional del síntoma esquizobsesivo, que demanda un goce determinado por el inconsciente, se corresponde con los significantes de lo arbitrario, del discurso amo en el centro de toda ley.

El recurso obsesivo en esquizofrenia pseudobsesiva, no es el intento de control, sino el ejercicio forzado de la ley, desde un agente foráneo, cuyos significantes ahora podrán erigir algo de característica obsesiva, pero con textura delirante elemental y de automática repetición.

PALABRAS FINALES

Durante la formulación, proyecto y elaboración de esta tesis de magister, se encontró en numerosas ocasiones (tanto formales como informales) con las nociones de relevancia y aporte que podía ofrecer. Cuestión algo problemática, pues la principal motivación es la curiosidad ante esta clínica y la de elaborar una empresa que sirviera de guía para el aprendizaje sobre el psicoanálisis, o al menos parte de él.

El acercamiento psicoanalítico de esta tesis, no logra una acabada y extensa teorización sobre el fenómeno obsesivo en esquizofrenia, pero constituye un marco desde el cual aportar una posible comprensión de esta interfase clínica. Por tanto, lo que se pretende de esta forma, es poder entregar un texto que motive o hasta provoque el deseo de opinar, discutir, contra-argumentar y emprender mayores profundizaciones teóricas. Dichas profundizaciones podrían incluir otras perspectivas del psicoanálisis francés, así como de otras escuelas dinámicas, en torno a la descripción de los fenómenos patológicos en la terminología freudiana.

Sin duda que los nuevos aportes, en relación a los procesos de simbolización primaria y su juego crítico en la determinación de la psicosis, también podrían ser revisados, lo cual permitiría entretener el problema de lo esquizoobsesivo con la clínica del trauma y la transmisión.

Los alcances teórico, probablemente cobraría sentido, si la dirección del estudio de este tema se encaminara al levantamiento de registros de casos clínicos, como entrevistas en profundidad. De la misma manera, el poder realizar la exploración de la opinión y experiencia en esta materia, por parte de clínicos psicoanalistas, como también de la psiquiatría, aportarían una perspectiva de ejercicio en este campo problemático.

Sin perjuicio de lo anterior, para el autor de esta tesis, el mayor aporte es generar nuevas y concatenadas preguntas, que generen un debate no acabado y por tanto alejado de todo dogma arbitrario que coarte el aprendizaje psicopatológico y psicoanalítico.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2002). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR®. Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association. (2013). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V®. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
3. Baca, E. (2006). Historia conceptual de la psicosis en: Trastornos Psicótico. Miquel Roca Bennasar. Madrid: Ars Médica, 2006.
4. Bercherie, P. (2009). Presentación. En Automatismo mental, Paranoia de Gaëtan Gatian de Clérambault... Buenos Aires: Editorial Polemos.
5. Berrios, G. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales, capítulo VI; Las Obsesiones y las compulsiones. México D.F.: Fondo de cultura económica, 2008.
6. Calligaris, C. (1989). Introducción a una clínica diferencial de las psicosis. Capitulo 3; Diferenciación de la Psicosis. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1991.
7. Chemama, R. (1996). Diccionario de Psicoanálisis, p383, p413 y p414. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2002.
8. Czermack, M. (1986). Estudios psicoanalíticos de las Psicosis. Capitulo 8, Locura resonante. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1987.
9. Derrida, J (1992). Fuerza de Ley: El fundamento Místico de la Autoridad. Extraído el 04 de Mayo de 2013 desde http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10749/1/doxa11_06.pdf.
10. Dessal G. (1999) Un problema diagnóstico, en Seis Fragmentos clínicos de psicosis. Jacques-Alain Miller. Buenos Aires: Editorial Tres Haches, 2000.

11. Ey, H. (1969). Tratado de psiquiatría, capítulo 8; Las psicosis esquizofrénicas, p521 y p523. Barcelona: Masson S.A., 1971.
12. Freud, S & Breuer, J. (1893) Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. Obras Completas, Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.
13. Freud, S. (1894) Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
14. Freud, S. (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
15. Freud, S. (1897a) Carta 69 a Fliess. Obras Completas, Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
16. Freud, S. (1897b) Carta 79 a Fliess. Obras Completas, Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
17. Freud, S. (1909). El hombre de las ratas. Obras Completas, Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu.
18. Freud, S. (1913). Tótem y Tabú. Obras Completas, Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
19. Freud, S. (1914) Recordar, repetir, reelaborar. Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
20. Freud, S. (1915) La represión. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
21. Freud, S. (1917) 17° Conferencia: El sentido de los síntomas. Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
22. Freud, S. (1919) Lo Ominoso. Obras Completas, Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.

23. Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. Obras Completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
24. Freud, S. (1924) Neurosis y Psicosis. Obras Completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
25. Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas, Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.
26. Garbarino, H. (1971-1972). Función de los mecanismos obsesivos en la restauración del yo Esquizofrénico. Extraído el 30 de noviembre de 2013 desde <http://www.apuruquay.org/apurevista/1970/1688724719711972130101.pdf>
27. Goic, A. & Chamorro G. (1987) Semiología Médica. Santiago, Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.
28. Heuyer, G. & Ajuriaguerra, J. & Pigem, J. (1950) El síndrome de automatismo mental de Clérambault y su importancia en psiquiatría. Extraído el 01 de julio del 2013 desde <http://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/viewFile/181124/253866>
29. Jaspers, K (1946) Psicopatología General. México: Fondo de Cultura Económica.
30. Janet, P. (1919). Las obsesiones y la psicastenia, en Las obsesiones en neurosis y psicosis. Graziela Napolitano. Buenos Aires: De la Campana, 2010.
31. Kaplan, B. & Sadock, B. (2004). Sinopsis de Psiquiatría, 9ª edición Tomo I, Capítulo 8 y 13. Buenos Aires, Argentina: Waverly Hispánica S.A/S.I.
32. Lacan, J. (1932). De las psicosis Paranoica en sus relaciones con la personalidad. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, 2008.
33. Lacan, J. (1950). Introducción Teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología (1950). Escritos 1. Argentina: Siglo veintiuno editores.

34. Lacan, J. (1953a) El mito individual del neurótico. En Intervenciones y Textos. Argentina: Manantial
35. Lacan, J. (1953b) Función y campo de la palabra (1953). Escritos 1. Argentina: Siglo veintiuno editores.
36. Lacan, J. (1954). La tónica de lo imaginario. En Seminario I; Los escritos técnicos de Freud. Extraído el 30 de noviembre del 2013 desde <http://www.agrupaciondco.com.ar/biblioteca/index.php?dir=Lacan%2C+Jacques+--+Obras+Completas>.
37. Lacan, J. (1955a). Clase 8, 26 de Enero de 1955. Introducción al entwurf En seminario II. El yo en la teoría de Freud. Extraído el 19 de julio del 2014 desde http://bibliopsi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=401:textos-lacan-organizado-por-seminario&catid=80:lacan-j&Itemid=25.
38. Lacan, J. (1955b) Seminario sobre la carta Robada. Escritos 1. Argentina: Siglo veintiuno editores.
39. Lacan, J. (1955c). Clase 1. Seminario III, Las Psicosis. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2008.
40. Lacan, J. (1955d). Clase 2. Seminario III, Las Psicosis. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2008.
41. Lacan, J. (1956a). Clase 6 Seminario III, Las Psicosis. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2008.
42. Lacan, J. (1956b). Clase 14 Seminario III, Las Psicosis. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2008.
43. Lacan, J. (1956c). Clase 24 Seminario III, Las Psicosis. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2008.
44. Lacan, J. (1957a) El psicoanálisis y su enseñanza. Escritos 1. Argentina: Siglo veintiuno editores.

45. Lacan, J. (1957b) Del complejo de Edipo, 06 de marzo de 1957. Seminario IV, La Relación de Objeto. Argentina: Paidós.
46. Lacan, J. (1959a). Clase 4: Das Ding, 9 de Diciembre de 1959. Seminario VII, La Ética. Argentina: Paidós.
47. Lacan, J. (1959b). Clase 6: De la Ley Moral, 23 de Diciembre de 1959. Seminario VII, La Ética. Argentina: Paidós.
48. Lacan, J. (1963a) Capitulo 9, Clase del 23 de enero de 1963. Seminario X, La Angustia. Argentina: Paidós.
49. Lacan, J. (1963b) Capitulo 22, Clase del 19 Junio de 1963. Seminario X, La Angustia. Argentina: Paidós.
50. Lacan, J. (1964), Capitulo 5, Clase del 12 de Febrero. Seminario XI, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Argentina: Paidós
51. Lacan, J. (1966), El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica Escritos 1. Argentina: Siglo veintiuno editores
52. Lacan, J. (1969). Clase 4. En seminario XVII. El Reverso del Psicoanálisis. Extraído el 19 de julio del 2014 desde http://bibliopsi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=401:textos-lacan-organizado-por-seminario&catid=80:lacan-j&Itemid=25
53. Lacan, J. (1975a) Seminario XXII, RSI, Clase 6, del 18 de febrero de 1975, p 36. Extraído el 4 de julio del 2013 desde <http://www.bibliopsi.org/descargas/autores/lacan/LACAN/Lacan%20TODO!%20Psikolibro/27%20Seminario%2022.pdf>
54. Lacan, J. (1975b) Seminario XXIII, El sinthome. Argentina: Paidós.
55. Lacan, J. (1977) Psicoanálisis, Radiofonía y televisión. Respuesta pregunta III. Extraído el 5 de julio del 2013 desde

<http://www.bibliopsi.org/descargas/autores/lacan/LACAN/Lacan-%20TODO!%20Psikolibro/34%20Otros%20Trabajos%20de%20Jacques%20Lacan.pdf>.

56. Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. 1º Edición, Paidós.
57. Lewis, A. (1935). Problemas de la enfermedad obsesiva, en Las obsesiones en neurosis y psicosis. Graziela Napolitano. Buenos Aires: De la Campana, 2010.
58. Loyzaga, C. & Nicolini, H. & Apiquian, R. & Fresan A. (2002). Una aproximación al fenómeno esquizoobsesivo. Extraído el 25 de noviembre del 2013 desde <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=81&IDPUBLICACION=1787>
59. Luque, R. y Villagrán, J.M. (2000). Psicopatología Descriptiva: Nuevas tendencias. España: Trotta.
60. Maleval, J-C. (1981). Locuras histéricas y psicosis disociativas. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2005.
61. Matilla, K. (2011). Gaëtan Gatian De Clérambault: Clérambault y la atomización de la alucinación. Extraído el 16 de junio del 2014 desde <http://antigua.omeaen.org/norte/40/16%20Historia%2099-106.pdf>.
62. Maquiavelo, N. (1513). El príncipe, capítulo 5º. Buenos Aires: Longseller, 2003.
63. Miller, J-A. (1999). Seis fragmentos clínicos de Psicosis: Seminario sobre política descriptiva. Buenos Aires: Editorial Tres Hachas, 2000.
64. Molina, C. (2004). Sistematización de indicadores de organización fronteriza de la personalidad, a través de un análisis estructural, mediante el test de rorschach, en una muestra de pacientes diagnosticados como trastorno de la personalidad. Memoria para optar al título de psicólogo Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales carrera de Psicología, Santiago. Extraído el 12

de octubre de 2015 desde http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/molina_c/sources/molina_c.pdf.

65. Morel, G. (2012). La ley de la madre, Ensayo sobre el sinthome sexual. Capitulo 3; Contrucciones Freudianas y reducciones Lacanianas. Santiago: Fondo de cultura económica.
66. Ojeda, C (2006). Evolución, neurodesarrollo y esquizofrenia, en Esquizofrenia, nuevas perspectivas. Hernán Silva. Santiago de Chile: C&C ediciones. 2006.
67. Rado, S. (1959). Conducta obsesiva, también llamada Neurosis Obsesiva-Compulsiva, en Las obsesiones en neurosis y psicosis. Graziela Napolitano. Buenos Aires: De la Campana, 2010.
68. Reinoso, A. (2013) Curso de postgrado Teoría y Clínica III – Psicoanálisis. Magíster de Psicología Clínica, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
69. Rincón, D. & Salazar L. (2006). Trastorno obsesivo compulsivo y psicosis, ¿Un trastorno esquizoobsesivo? Extraído el 25 de noviembre de 2013 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n4/v35n4a11.pdf>.
70. Salavert, J. & San, L. & Arranz, B. (2005). Trastorno límite de la personalidad y psicosis, en Trastorno Límite de la personalidad, paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Cervera, G. & Haro, G. & Martínez-Raga, J. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
71. Schneider, K. (1947). Problemas de patopsicología y de psiquiatría clínica. Alteraciones del pensamiento, p58. Madrid: Ediciones Morata, 1947.
72. Soler, C. (1989). Estudios sobre las psicosis. El sujeto psicótico en el psicoanálisis. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1991.

73. Sullivan, H. S. (1943). Estudios clínicos de psiquiatría. Capítulo 12; Procesos obsesivos, la neurosis obsesiva y esquizofrenia. Buenos Aires: Editorial Psique, 1974.
74. Toro, E. (2001). Formas psicóticas del Trastorno obsesivo compulsivo. Extraído el 25 de noviembre de 2013 de <http://www.alcmeon.com.ar/10/38/martinez.htm>.
75. Vallejo, J. (2000). Capítulo 8; Obsesiones y Compulsiones, en Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias. Rogelio Luque & José Villagrán. (2000). Madrid: Editorial Trotta, 2000.
76. Vallejo, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*, 6° edición, Cap. 28. Barcelona: Masson.
77. Vega-Dienstmaier, J.M. & Saavedra, J.E. (2001). Esquizofrenia pseudoneurótica a propósito de un caso. Extraído el 12 de octubre de 2015 desde <http://es.scribd.com/doc/22572126/Esquizofrenia-pseudoneurótica#scribd>.
78. Vidal, M. (2006). Psiquiatría clínica en la unidad de corta estadía. Capítulo 3; Síndrome obsesivo compulsivo. Santiago: Editorial Iku; 2006.
79. Vidal, M. (2015). Leer al enfermo, Habilidades clínicas en la formación psiquiátrica. Capítulo 4; Síndrome obsesivo compulsivo. Santiago: Editorial Universidad Santiago de Chile.