CAPITULO V

Obsesiones é ideas fijas

I. *Las ideas fijas y las obsesiones en psicopatología.*—II. *Ideas obsesivas en la psicastenia.* (Un caso de obsesión del trabajo mental idiotizante).— III. *Ideas fijas en la neurastenia.* (Un caso de sifilofobia con tentativa de autocastración).— IV. *Ideas fijas en la histeria.* (Un caso de «dismorfofobia» ó deformación de la fisonomía).—V. *Pronósticos y tratamientos.*

I

Pocas cuestiones de patología mental preséntanse en la clínica tan confusamente como las relacionadas con la diferenciación sistemática de estos fenómenos, escalonados desde la idea fija normal hasta el sistema delirante, á través de la idea fija patológica, la obsesión, la fobia, la impulsión mórbida, la concepción delirante aislada, y sus diversas combinaciones.

La *histeria* suele jugar un rol importante en la determinación de estos accidentes mentales; dista mucho, sin embargo, de monopolizarlos, como suele creerse entre los profanos, máxime cuando se producen en personas de sexo femenino. Las diversas neurosis, y todos los es-

tados degenerativos que afectan las funciones psicológicas, comparten con la histeria el triste privilegio de las obsesiones é ideas fijas. El neurasténico, el epiléptico, el psicasténico, el degenerado mental hereditario, pueden ser presa de estos accidentes mórbidos, generalmente poco graves para la vida del enfermo, pero á menudo catastróficos para su tranquilidad y su bienestar.

Cada autor da su clasificación, barajando á capricho los datos de la semeiología, sin recordar que la lógica y los esquemas suelen estrellarse contra la realidad clínica, sembrando dudas en el espíritu de quien pretenda encuadrar cada caso clínico dentro de moldes aprioristas. Es más científico, en ciertos momentos, sacrificar todo esquema ante la realidad compleja y ambigua.

Los casos que estudiamos, por sus propios caracteres clínicos y por su comparación en un estudio de conjunto, nos servirán para poner de relieve, con claridad, algunos puntos de semeiología y clínica psiquiátrica, que por obscuros no dejan de ser muy interesantes, fijando bien el concepto nosológico de las obsesiones como accidente primordial en los psicasténicos, sus diferencias genéticas y evolutivas con las ideas fijas de los histéricos y neurasténicos, las normas del diagnóstico diferencial y los criterios para el tratamiento de elección en cada caso.

Antes de estudiar la idea fija histérica, conviene determinar qué debe entenderse por obsesiones, señalando los fenómenos psicológicos primitivos en su determinación, así como la

teoría recientemente emitida por Pierre Janet, constituyendo una nueva neurosis, *la psicastenia*, que involucra á las obsesiones en calidad de síntomas primordiales.

Mucho se ha escrito y discutido acerca de las obsesiones; constátase bastante confusión en este punto de patòlogía mental, cuando se intenta su estudio detenido. Trataremos, sin embargo, de señalar los grandes jalones de la clínica psiquiátrica y de la psicología patológica, relativos á su concepto nosológico.

J. Falret, dió una definición descriptiva de las obsesiones, enunciando ocho caracteres clínicos que, no obstante ser discutibles, llegaron á hacerse clásicos. Magnan por una parte, y Pitres y Regis por otra, enunciaron dos definiciones que también merecen recordarse. La de Magnan es más sintética; la de Pitres y Regis es sintético-analítica y refleja el criterio general de los psicopatólogos modernos sobre esta cuestión.

J. Falret (1) señaló ocho caracteres clínicos comunes á las obsesiones.

1.º Todas se acompañan de conciencia del estado de enfermedad.

2.º Son hereditarias.

3.º Son esencialmente remitentes, periódicas ó intermitentes.

4.º No permanecen aisladas en el espíritu, en estado monomaníaco, pero se propagan á una esfera más extendida de la inteligencia y de la afectividad, acompañándose siempre de angustia y ansiedad, de lucha interior, de indecisión en las ideas y en la conducta, y de síntomas físicos más ó menos pronunciados.

(1)—Comunicación al Congreso de 1889.

5.º Nunca presentan alucinaciones.

6.º Conservan los mismos caracteres psíquicos durante toda la vida de los sujetos, no obstante las frecuentes alternativas de remisión y paroxismo; jamás se transforman en otras enfermedades mentales.

7.º Nunca terminan por la demencia.

8.º Raramente pueden complicarse de delirio persecutorio ó delirio melancólico ansioso, en un período avanzado de la enfermedad, aún conservando sus caracteres primitivos.

Excelentes para su tiempo, estos caracteres son pocos aceptables en la actualidad. Su valor no es absoluto, pues se han observado numerosos hechos clínicos que los contradicen; además son indeterminados, dejando amplio campo para todas las confusiones con los fenómenos psicopatológicos semejantes.

Magnan definió la obsesión: un modo de actividad cerebral en el cual una palabra, un pensamiento ó una imágen, se impone al espíritu, á pesar de la voluntad, con una angustia dolorosa que la hace irresistible.

Pitres y Regis (1) llegan á definirla así: la obsesión es un sindroma caracterizado por la aparición involuntaria y ansiosa, en la conciencia, de sentimientos ó de ideas parásitas que tienden á imponerse al *yo*, evolucionando junto á él no obstante sus esfuerzos para rechazarlos, creando así una variedad de disocia-

(1) Comunicación al Congreso de Moscou.—«Les obsessions et les Impulsions», Paris, 1902.

ción psíquica cuyo último término es el desdoblamiento consciente de la personalidad.

Admitiendo como aceptable esa definición, nos encontramos frente al problema de la causa íntima y fundamental de las obsesiones.

Morel las consideraba trastornos esencialmente *emotivos*, opinión compartida por Berger, Friedeureich, Bain, Schule, Wille, Feré, Seglas, Dallemagne, Freud, Hecker, Magalhaes, Hartemberg, etc., y principalmente sostenida por Pitres y Regis en su reciente monografía ya citada; estos autores concluyen que «la obsesión, generalmente, no es más que la forma agravada ó intelectualizada de la fobia».

Para Westphal la obsesión es, ante todo, *intelectual*, siendo el elemento ideativo su síntoma principal, y el elemento emotivo secundario y accesorio. Igual ó parecido criterio sostienen Krafft-Ebing, Magnan, Morselli, Buccola, Tamburini, Hack-Tucke, Meynert, Luys, Falret, Griesinger, Legrain, Meschede, etc.

En el Congreso de París, de 1900, Haskovec (1) propuso un temperamento ecléctico, considerando que los autores se habían dividido en dos bandos por no haber sido bien separadas las fobias de las obsesiones propiamente dichas; Haskovec había encontrado casos cuyas lesiones intelectuales eran francamente primarias, mientras que en la mayoría de los casos tratábase de lesiones afectivas. «A los primeros pertenecen las ideas fijas de Westphal, Meschede y Griesinger; á los segundos pertenece el vasto grupo de las fobias..... Entre ellos se encuentra un gran número de casos de transición y suele ser muy embarazoso determinar si se trata de una fobia ó de una obsesión propiamente dicha. Estos casos de transición hicieron que Pitres y Regis incluyeran las fobias en las obsesiones y viceversa».

(1) Contribution á la connaissance des idées obsedantes (voir compte-rendus).

Recientemente ha surgido, contra ambas doctrinas, una tercera, bien equipada de argumentos y sostenida por psicopatólogos de autoridad reconocida.—G. Ballet (1) manifestó claramente que las obsesiones y las impulsiones debían clasificarse como anomalías de la emotividad *y de la voluntad*. Este criterio, intuido ya por Billod, ha medio siglo, fué acentuado por Raymond y Arnaud (2), por Pierre Janet (3) y por Georges Dumas (4), quienes pusieron de relieve la excepcional importancia que la *abulia* puede tener en la determinación de las ideas obsesivas. En su magistral capítulo sobre las «psicosis constitucionales» (5), F. L. Arnaud aportó la más valiosa contribución á esta doctrina, sosteniendo que la condición fundamental de la obsesión es un trastorno primitivo y generalizado que afecta á los elementos comunes de la inteligencia y de la voluntad, en sus asociaciones dinámicas; esa alteración exterioriza un debilitamiento de las «síntesis men-

(1) «Les Psychoses», en el tratado de Charcot y Bouchard.

(2) «Sur certains cas d' aboulie avec obsessions, etc.», en Ann. Med. Psychol., 1891.

(3) «Sur un cas d' aboulie et d' idées fixes», en Revue Philosophique, Paris, 1891.

(4) Les Etats intellectuels dans la mélancolie, (capítulo II). París, 1895.

(5) En el Tratado de Patología Mental, de Gilbert Ballet, Paris, 1903.

tales», del poder «de adaptación al medio, á las circunstancias»: en una palabra, es la *abulia*. En los obsesos, sea cual fuere el grado y la naturaleza de las obsesiones, se encuentra siempre la abulia, preexiste á las obsesiones, las prepara, y su permanencia explica el *estado* obsesivo (mientras que el fenómeno emotivo solo explicaría la *crisis* obsesiva).

En esta nueva teoría el fenómeno emocional pasa en segundo término; es una teoría volitivo-intelectual: pero la anomalía de la voluntad es el hecho primitivo. «Si la abulia es la base, la íntima contextura de la obsesión, la idea es su revestimiento exterior, dando á cada obsesión su fisonomía individual. Solamente en este sentido podría decirse que la obsesión es «una emoción sistematizada», pues por su propia naturaleza la emoción es un estado difuso, sin representación objetiva; es enteramente subjetiva y solo se representa á sí misma. Es la idea que dá á la obsesión su fórmula y su carácter sistemático. Pero tal sistema no puede formarse, ni persistir, sinó cuando la voluntad está debilitada y su control gravemente comprometido. La obsesión es, ante todo, una *enfermedad de la voluntad*.

Esta concepción, realmente digna de meditarse, ha sido intuida ó señalada por Hack-Tucke, Levillain, Boissier, Feré, Dallemagne, y Roubinovitch (1), aunque ninguno de ellos le dió suficiente generalización ni la expuso como doctrina sistemática. Igual tendencia en-

(1) Citados por Pierre Janet, en «Les Obsessions et la Psychasthenie», Paris, 1903.

contramos francamente señalada en Del Greco (1) y en Angel (2), aunque este último más se refiere á la debilidad mental que á la abulia propiamente dicha. El mismo Regis ha atribuido mucha importancia á los trastornos de la voluntad en la génesis de los estados obsesivos (3) no obstante sostener ahora la teoría de su base emotiva.

Llegados á este punto, en el examen de las doctrinas, una opinión compleja y ecléctica nos parecería la más aceptable; de las teorías unilaterales enunciadas, ninguna basta para explicar todos los hechos clínicos, aún conteniendo una parte innegable de verdad. Mikle, en un importante trabajo sobre las obsesiones (4), dice: «se ha sostenido que la idea es la esencia de ese estado mental; ó, si se prefiere, que ese estado (obsesivo) tiene por condición esencial un trastorno de los elementos intelectuales y de la conciencia. Según ese criterio, la rápida aparición y la persistencia de la idea imperativa constituirían el hecho capital; todo acompañamiento emotivo debiera considerarse secundario, y, por lo menos en su mayor parte, deberíase al conflicto entre la idea obsesiva y la voluntad: esta última, ansiosamente rebelada, lucha contra la obsesión, y esa lucha es molesta, dolorosa para el espíritu. En el caso de obsesión abúlica, la ansiedad angustiosa dependería del irremediable sentimiento

(1) «Idee Fisse e disgregazione psicologica», en Ann. di Nevrologia, 1900.
(2) «Imperative ideas in the sane», en Journal of Nerv. and Ment. Diseases, 1900.
(3) Manuel de Médécine Mentale, cap. 8, parte I.
(4) «Mental Besetmens», Journal of Mental Science, 1896; citado por Arnaud, en el Tratado de Gilbert Ballet, Paris, 1903.

de impotencia para cumplir un acto, aún insignificante.... Pero creo que la interpretación más amplia demuestra en las obsesiones una tendencia invariable á reunir las anomalías de las tres clases: ideas, sentimientos, voliciones». Para Mickle las obsesiones suelen presentar, pues, esa forma compleja. Pero agrega que, en los casos particulares, el hecho capital parece ser algunas veces el trastorno intelectual, otras el emotivo, otras el de la voluntad: «Por ese motivo acostumbro agrupar las principales variedades de obsesión bajo el nombre de las tres D: *doubt* (duda), *dread* (temor), *dead* (acto)».

Conviene observar que las ideas de Mikle, no obstante su encomiable amplitud, son simplemente descriptivas; representan una exposición amplia, abarcando todos los hechos clínicos observables, pero se alejan un tanto de la cuestión inicial, que es de psicopatología general y debe fijar la causa primitiva de las obsesiones, su verdadera posición como síndromas clínicos.

Con Pierre Janet estas dos cuestiones recibieron una poderosa contribución. Si no quedan planteadas definitivamente, mucho nos aproximamos á ello (1). Engloba las *ideas obsesivas*, las *agitaciones forzadas* (manías mentales y agitaciones mentales difusas, agitaciones motrices y crisis de agitación, agitaciones emotivas, fobias y angustias) y los *estigmas psicasténicos* (sentimientos de incompletud, insuficiencias psicológicas é insuficiencias fisiológicas,

(1) Les Obsessions et la Pyschasthenie, Paris, 1903.

constituyendo con todos esos grupos sintomáticos una nueva entidad clínica, la PSICASTENIA, perteneciente al grupo de las neurosis y caracterizada por la permanencia de un «estado psicasténico» cuyos tres caracteres generales son: la incompletud moral, la pérdida de la función de lo real y la intercurrencia de episodios psicasténicos. Las obsesiones serían síntomas de la psicastenia, así como las fobias, las ideas fijas, la locura de la duda, etc.

Conviene observar que la psicastenia, en el sentido de neurastenia cerebral ó psíquica, fué intuida ya por el mismo Beard (1); posteriormente numerosos autores han referido las obsesiones, fobias, etc., á la neurastenia cerebral. Regis (2), al tratar de las neurastenias como vicios constitucionales de organización, pone este subtítulo: «neurastenia cerebral (obsesiones)»; igualmente aproximaron esos fenómenos Westphal, Kraepelin, Magnan, Benedick, Krafft-Ebing, Morselli, Venturi, Bouveret, Feré, Levillain, Mathieu, etc. Pero el concepto que da Janet á la *psicastenia* es completamente diverso; no es la forma cerebral de la neurastenia, sinó una *psiconeurosis autónoma*, como la histeria ó la epilepsia.

Las obsesiones pierden, pues, su individualidad psicopatológica al ser encuadradas en esta neurosis; la cuestión de su origen intelectual, emotivo ó abúlico pasa en segundo rango, pues todos esos fenómenos ideativos, afectivos ó conativos, entran á figurar como manifesta-

(1) «Traité», 2.ª edición, New York, 1888.
(2) Traité pratique, etc.

ciones diversas del *descenso de la tensión psicológica*, característico de la psicastenia.

Los autores clásicos habían dificultado la unificación de este sindroma con sus descripciones de fobias, manías, obsesiones, delirios, sin más caracterización clínica que el contenido psicológico del trastorno. En los últimos treinta años se intentó asociar los síntomas intelectuales de las obsesiones con los emotivos de las fobias, llegándose por esa vía á la clasificación de Pitres y Regis (1), en «estados obsesivos fóbicos» y «estados obsesivos ideativos», correspondientes á las fobias y obsesiones. Magnan (2) contribuyó mucho á la unificación de etee sindroma, encontrando á todos estos síntomas un carácter común: el fondo degenerativo hereditario. Prescindiendo de su apariencia diversa, los reunió por ese carácter colectivo, constituyendo el grupo de «estigmas hereditarios de los degenerados». Janet ha completado este ensayo de unificación del sindroma, demostrando las relaciones clínicas y psicológicas de los diferentes síntomas, de las obsesiones entre sí y con los demás fenómenos de derivación, las rumiaciones, las fobias, las agitaciones mentales y motrices, etc.

La interpretación patológica del sindroma, ó de los síntomas que lo constituyen, también ha variado fundamentalmente. Algunos consideran estos síntomas como originalidades del carácter: peculiaridades individuales más bien que fenómenos patológicos. Otros los estudian como síntomas episódicos y accidentales de un trastorno constitucional ó degenerativo, como Magnan; muchos se limitan á ver en ellos simples manifestaciones cerebrales de la enfermedad de Beard.

(1) Les obsessions et les impulsions, Paris, 1903.
(2) Recherches, etc., parte II, Paris, 1893.

Janet (1) sintetiza como sigue su concepción de las obsesiones, conforme surge de sus estudios clínicos y psicológicos. Las obsesiones propiamente dichas sólo son el último término de una serie de trastornos más profundos. La psicastenia es una psiconeurosis muy vecina de la neurastenia y quizás de ciertas formas de paranoias; se ubica entre la epilepsia y la histeria. Todas esas psiconeurosis están caracterizadas por una «insuficiencia del funcionamiento cerebral», que hasta ahora solo puede referirse á lesiones anatómicas ó trastornos fisiológicos equivalentes á un estado de vago embotamiento ó de intoxicaación. Esta insuficiencia es diferente en las diversas neurosis; en la psicastenia la caída de la tensión psicológica es menos brusca pero más profunda y prolongada que en los accesos epilépticos; no produce estrechamiento del campo de la conciencia, ni localización en ciertos centros cerebrales, como ocurre en la histeria; en la psicastenia está generalizada, determinando en todas las operaciones del espíritu un simple descenso de la tensión, obstándole adaptarse á la realidad. Las funciones más perturbadas son las que ponen al espíritu en contacto con la vida real: la atención, la voluntad, el sentimiento y la emoción, adaptados al presente. Otras fun-

(1) Obra citada.

ciones parecen quedar intactas, y, siendo inferiores, resultan elevadas; son la inteligencia discursiva y el lenguaje, las emociones mórbidas é incoordinadas, los movimientos mal adaptados y en parte automáticos. Ese descenso de la tensión psicológica determina un malestar mental, un estado inquieto, sentimientos de incompletud, tanto más intensos cuanto mejor se conserva la conciencia del individuo. Bajo la influencia de esa inquietud, los fenómenos inferiores predominan sobre los superiores, originándose los tics, las agitaciones motrices, las emociones angustiosas, etc.; éstas, á su vez, tradúcense por ideas mórbidas, que se hacen permanentes y obsesivas, pero generalmente no se transforman en delirios. Todas las condiciones que hacen oscilar el nivel mental, elevando ó descendiendo la tensión psicológica, influyen sobre la marcha de la enfermedad.

Esta es la última palabra de la psicopatología sobre tan interesante tópico. Veamos, en seguida, la confirmación que da la psicología clínica á esta doctrina, estudiando detenidamente un caso de obsesión psicasténica y comparándolo con casos de idea fija en la neurastenia cerebral y en la histeria.

II

Aunque citadas algunas veces, las obsesiones de este contenido psicológico no figuran en la bibliografía sinó á título muy excepcional. El

presente caso es el único que hemos observado y el primero descrito entre nosotros. Aparte de la originalidad peculiar á su contenido psicológico, consiste su mayor interés en la comprobación que dá á la doctrina de Pierre Janet, pues se adapta perfectamente á las condiciones patogénicas, clínicas y evolutivas de la psicastenia, con predominio de los fenómenos obsesivos.

Este enfermo se presentó á nuestra consulta exponiéndonos su padecimiento en estos ó parecidos términos: «desde hace tres meses no puedo ocuparme en ningún trabajo intelectual, pues al comenzar toda lectura, escritura ú otra labor psíquica, asáltame la idea de que es inútil intentarlo, pues nada podría aprender, escribir ni pensar; si lo hiciera, produciríase en mí un proceso de «impotencia intelectual» que me conduciría á la imbecilidad. Considero absurda esta idea, pues nadie se torna imbécil estudiando; pero, si intento el trabajo, me es imposible evitar que ella me asalte, acompañada de angustia; y, en muchos casos, bástame pensar en un trabajo mental cualquiera para sufrir mi obsesión y el estado angustioso consiguiente».

Nuestro interlocutor era un joven de veintiún años, de regular estatura, elegantemente vestido. Aunque demacrada, su fisionomía era simpática; su peinado cuidadoso y un correcto bigote, con rastros de *coup de fer*, no inducían á sospechar en el elegante al psicasténico, ni cabía presumir que en su atildada personalidad germinasen obsesiones que hicieran insoportable la existencia. Nos dijo ser estudiante