primeros pertenecen las ideas fijas de Westphal, Meschede y Griesinger; á los segundos pertenecen 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.»

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, intuído 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 exte-

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

(2) *Sur certains cas d'aboulie avec obséssions*, etc., en Ann. Méd. Psychol.—1891.

(3) *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*, en *Revue Philosophique.* —París 1891.

(4) *Les Etats intellectuels dans la mélancolie*, cap. II.—París 1895.

(5) En el *Tratado de Patología Mental*, de Gilbert Ballet.—París 1903.

rioriza un debilitamiento de las «síntesis mentales», 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 sólo 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 sólo se representa á sí misma. Es la idea que da á la obsesión su fórmula y su carácter sistemático. Pero tal sistema no puede formarse, ni persistir, sino cuando la voluntud 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 intuída ó señalada por Hack Tucke, Levillain, Boissier, Feré, Dallemagne y Rouvinovitch (1), aunque ninguno de ellos le dió suficiente generalización ni la expuso como doctrina sistemática. Igual tendencia encontramos francamente señalada en Del

(1) Citados por Pierre Janet, en *Les Obsessions et la Psychasthenie.* —París 1903.

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 atribuído 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, aun 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 este 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 de impotencia para cumplir un acto, aun

(1) *Idee Fisse e disgregazione psicologica,* en Ann. di Nevrologia.—1900.

(2) *Imperative ideas in the sane,* en *Journal of Neur. and Ment.* Diseases.—1900.

(3) *Manuel de Médecine Mentale,* cap. 8, parte I.

(4) *Mental Besetmens, Journal of Mental Science,* 1896; citado por Arnaud en el *Tratado* de Gilbert Ballet.—París 1903.

insignificantes... 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 Mickle, no obstante su encomiable aptitud, 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), constituyendo con todos esos grupos sintomáticos una nueva entidad clínica, la PSICASTENIA, perteneciente

(1) *Les Obsésions et la Pyschasténie.*—París 1903.

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 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 intuída ya por el mismo Beard (1); posteriormente numerosos autores han referido las obsesiones, fobias, etcétera, 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, sino 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 manifestaciones 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

(1) *Traité,* segunda edición.—New Yorck 1888.
(2) *Traité practique,* etc.

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 este 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 obséssions et les impulsions.*—París 1903.
(2) *Recherches,* etc., parte II.—París 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 sólo puede referirse á lesiones anatómicas ó trastornos fisiológicos equivalentes á un estado de vago embotamiento ó de intoxicación. 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, impidiéndoles 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 funciones 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.

(1) Obra citada.

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 psicastécnica y comparándola 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 sino 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 da á la doctrina de Pierre Janet, pues se adapta perfecta-