

DE NEURASTENIA A NEUROSIS OBSESIVA¹

Humberto Acosta Mesa²

Psicoanalista

Resumen

Este artículo tiene la intención de desentrañar el concepto de neurosis obsesiva a partir de la psiquiatría clásica y, en ese recorrido, conducirse hasta los contemporáneos de Freud para establecer finalmente el concepto al interior de la formalización freudiana. Un recorrido fenomenológico que culmina esencialmente en su establecimiento a partir de la neurastenia, nosa problemática y generalizante cuya explicación, también confusa, se atribuía a una degeneración nerviosa y que finalmente Freud va desagregando hasta llegar a la particularización de la neurosis obsesiva con una etiología psíquica basada en el conflicto y la defensa.

Palabras clave: neurastenia, neurosis obsesiva, Freud.

1. *Los antecedentes*

El concepto freudiano de neurosis obsesiva implica un largo recorrido que podemos ubicar en el ámbito de la psiquiatría clásica a partir de Pinel. El propósito en este artículo es tratarlo a partir del cuadro de la *neurastenia*. Este cuadro, la neurastenia, creado por Beard (1869), antes *neuropatía proteiforme* de Cerise (1842) y *status nervosus* de Sandras (1851), era presentado por este último en los siguientes términos:

“ El estado mental constituido por irritabilidad, susceptibilidad, emotividad extremas, tristeza, taciturnidad; es de señalar la gran sensibilidad a las circunstancias del humor de estos enfermos, sus accesos de entusiasmo y energía;

¹ Este artículo es producto de una investigación más amplia sobre la neurosis obsesiva, que se desarrolla en el marco de un Año Sabático concedido por la Universidad de Antioquia al autor.

² Psicólogo. Psicoanalista. Magister en Ciencias Sociales. Docente y Jefe del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia (Colombia).



- los síntomas físicos que afectan a la totalidad del cuerpo.

Estos últimos abarcan en primer lugar la cabeza: *cefaleas, accesos de calor, aturdimiento, sensaciones singulares (vacío, pesadez, apretamiento, punzadas, pulsaciones)*. A continuación, los trastornos sensoriales (*obtusión, hiperestesia dolorosa, parestesias diversas*), motores (*astenias, tics diversos*), los accesos de calor o de frío, los dolores agudos erráticos (*punzadas, quemazones, frío, entumecimiento, picazón, hiperestusias dolorosas*), los trastornos del sueño. Después están los trastornos viscerales: respiratorios (*tos nerviosa, opresión, sofocación*), circulatorios (*palpitación, arritmia, trastornos vasomotores locales*), bucales (*sequedad de la boca, ptialismo, perversiones del apetito*), de la faringe y gástricos (*vómitos, dispepsias, acidez, eructos, dolores*), abdominales (*hinchazón, constipación*), urinarios (*disuria, polaquiuria, poliuria límpida*). Finalmente, el pujo rectal o vesical, los “cólicos nerviosos” que afectan el estómago y el vientre con evacuaciones paroxísticas en la parte de abajo o de arriba, los espasmos uterinos dolorosos.” (1)

Este cuadro así descrito sufre sucesivas modificaciones, en la medida que los autores enfatizan uno u otro aspecto, realzan los componentes físicos o psíquicos, hasta el momento en que Beard lo presenta con el nombre de neurastenia, incluyendo de modo particularmente relevante los componentes de la depresión y la astenia psíquica y muscular, lo que hace de esta *nosa* una conceptualización muy clásica de aceptación universal. Pero de manera particularmente llamativa, Beard incorporará las fobias a su cuadro, elevando finalmente también la hipocondría al estatuto de *miedo mórbido*. “En realidad la hipocondría consiste en el miedo infundado a una enfermedad (...) Así entendida, la hipocondría es una forma de fobia” (2) Y continúa: “En la mayoría de los casos de la llamada hipocondría, existe una enfermedad real que es la base del trastorno mental” (3) Esta enfermedad es precisamente la *neurastenia*, que se concebirá en adelante como una enfermedad de base, en un sustrato, soporte de un conjunto diverso de manifestaciones sintomáticas.

Para la misma época J.- P. Falret (1854) define nuevas entidades de los trastornos mentales, como la *locura circular, delirio de persecución y locura de la duda con delirio del tacto*, este último trastorno nombrado luego *neurosis obsesiva* por J. Falret hijo (1890). Esta distinción de las locuras (*locura de duda, locura de tacto*) toma un rumbo particular hacia la *neurastenia* de la mano de Morel (1866), (*locura por obsesiones*) Westphall (1877), (*paranoia rudimentaria*), Morselli (1880), lo que muestra la cercanía que siempre tuvo la psiquiatría clásica entre las obsesiones, locura de duda y de tacto con la paranoia, otro de los problemas que Freud

heredará. De esta manera Morel sigue ampliando la concepción de Beard. El concepto de neurosis obsesiva corresponde a Falret hijo, pero su delimitación casi definitiva es lo que corresponde a Freud, producto y síntesis de dos entidades bien detalladas por el primero:

“- La hipocondría moral, en la cual, sobre un fondo de pesimismo y de postración, se desarrollaba un estado en el cual el mundo exterior parecía descolorido, cambiado, sin atractivo, mientras que el sujeto se sentía transformado, insensible e indiferente a todo, incapaz de actuar o de querer, sin iniciativa, sin gusto, sin energía. La inteligencia estaba poco perturbada; el sujeto tenía conciencia de su estado permanente de ansiedad. Esos enfermos padecían de crisis de terror y obsesiones impulsivas cercanas al vértigo (atractivo y horror al suicidio, del asesinato, de actos incongruentes u obscenos). Finalmente, un cortejo de trastornos neuropáticos (cenestopatías, equivalentes ansiosos) completaban ese cuadro.

Y de otro lado, “la alienación parcial, con predominio del miedo al contacto con los objetos exteriores (locura de duda y locura de tocar)” (4)

Finalmente, para completar esta apretada síntesis, es preciso mencionar el movimiento final realizado por Janet al conducir las obsesiones hacia su cuadro de la psicastenia, que, pese a todas las discusiones clínicas que se orientaron hacia consideraciones etiopatogénicas, sostiene su fundamento en el *status nervosus* de Sandras.

Esta final descripción del cuadro, fue declarado como la enfermedad del siglo XIX, pues para estos clínicos se correspondía en sus manifestaciones y en su frecuencia, con la evolución social e industrial que se venía desarrollando y con la aparición de las grandes ciudades industriales con sus presiones y exigencias, que implicaba la pérdida del mundo bucólico que el campo proponía, y que modificaba de manera radical las condiciones de vida de las personas en este proceso de urbanización. Es pues un cuadro que, de un lado, se liga a esas nuevas condiciones socio - culturales y económicas de vida, de las que va a recibir su fundamento en el *estrés* producido por esas nuevas condiciones, y de otro lado, mantiene la condición etiológica de la *degeneración neuropática*.

Este término se volvió popular y confuso, inclusive en nuestros tiempos, porque aún es común en el uso popular utilizar el término de manera peyorativa, como ocurre con la histeria. Muestra inclusive las confusiones entre neurastenia e histeria, y aún con melancolía, y es esta confusión la que Freud encuentra en el cuadro de la neurastenia. No

porque los clínicos de su época se sintieran en ese sentido perdidos. Es Freud el que se va encontrar en un momento dado perdido, efecto de la dimensión clínica que va constituyendo.

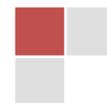
Retomando entonces, habrá que decir que esa definición fue a su vez de una gran aceptación en la medida que daba unidad a una multiplicidad de fenómenos, resolvía discusiones de la psiquiatría clásica entre histeria, melancolía, hipocondría y aun paranoia. Se encuentra entonces Freud, al iniciar su clínica de las neurosis, junto al cuadro de la histeria, la neurastenia, la hipocondría y la melancolía. Sin embargo, éste siempre se sintió incómodo con este cuadro de la neurastenia, al cual definía como monótono e ineficaz para el trabajo diagnóstico.

2. *Freud y la neurastenia*

Vale la pena traer esta cita de Freud *in extenso*:

“Tuve la ventura de llegar en tiempo relativamente breve a unos resultados viables. En primer lugar, se me impuso este discernimiento: hasta donde se podía hablar de una causación por la cual las neurosis fueran adquiridas, la etiología debía buscarse en factores sexuales. A ello se enhebró el hallazgo de que, universalmente, factores sexuales diferentes producían cuadros también diversos de contracción de neurosis. Y entonces, en la medida en que esta última relación se corroboraba, uno podía atreverse a emplear la propia etiología para una caracterización de las neurosis y trazar una separación nítida entre sus respectivos cuadros clínicos. Ello era lícito en tanto los caracteres etiológicos coincidieran de una manera constante con los clínicos. (5)

De esta manera llegué a la conclusión de que la neurastenia respondía en verdad a un monótono cuadro clínico en el que, como los análisis lo demostraban, no desempeñaba ningún papel un «mecanismo psíquico». De la neurastenia se separó tajantemente la neurosis obsesiva, la neurosis de las auténticas representaciones obsesivas, en la que se pudieron discernir un complejo mecanismo psíquico, una etiología semejante a la histérica y una vasta posibilidad de reducirla mediante psicoterapia. ...Es cierto que esta neurosis de angustia, como yo la entiendo, se superpone parcialmente con la neurosis que bajo el nombre de «hipocondría» suele reconocerse en tantas exposiciones junto a la histeria y la neurastenia; sólo que en ninguna de las elaboraciones ofrecidas hasta hoy puedo juzgar correcto el deslinde de esa neurosis, y hallo que la viabilidad del término «hipocondría» se perjudica por su referencia fija al síntoma del «miedo a la enfermedad».”(6)



Como se ve, Freud empezó su clínica de modo inverso al proceder de la psiquiatría clásica, particularmente de la psiquiatría alemana. Es decir, en lugar de ir agregando, va diferenciando y desagregando.

Pero ¿cómo es que Freud procede? En primer lugar ha de decirse que no era ajeno a las discusiones semiológicas de su época (7) y, en segundo lugar, que recibió influencias externas en el método del análisis nosológico, principio básico de cualquier clínica y que se aplicó desde Pinel hasta Clérambault. En este sentido, resulta notorio el método de diferenciar las formas puras de las formas mixtas, y en esa dirección metodológica Freud procede trabajando intensamente con la propuesta de Beard, hablando incluso de neurosis mixtas -histeria acompañada de neurastenia, neurosis de angustia y neurastenia-, y otras formas mixtas que él va nombrando de modo general.

De otro lado, los términos de estructura y tipo son utilizados por Freud muy temprano en su obra. El de *estructura*, sin embargo, no debe confundirse con la doctrina lingüística, antropológica o lacaniana del término, sino más bien ver en ella una inspiración de la biología y la química, de la anatomía y la histología. Y el de *tipo*, que lo aprende con Charcot, apunta más bien a un método para la construcción fenomenológica con miras a la diferenciación de distintas formas de la enfermedad. Al respecto señala Bercherie:

“... Charcot retomó la muy rigurosa metodología definida con mucho éxito a partir de sus trabajos anteriores (sobre la enfermedad de Parkinson, la esclerosis en placas, etcétera). De entrada denominó “método nosológico” a una cierta concepción del procedimiento clínico, para lo cual retomó y aplicó a la neuropatología los principios de Duchenne de Boulogne. Esa concepción apuntaba a la constitución de un tipo, forma completa de una enfermedad en la que agrupaba todos los elementos sintomáticos posibles, versión perfecta, canónica del cuadro patológico, “indispensable y la única eficaz para hacer surgir, del caos de nociones vagas, una especie mórbida determinada. (...) Pero una vez constituido el tipo, le llega el turno a la segunda operación nosográfica: hay que aprender a descomponer dicho tipo, a fragmentarlo. En otros términos, es preciso aprender a reconocer los casos imperfectos, desdibujados, rudimentarios.” (8)

Se trata de la noción de rasgo propio o diferencial de una *nosa*, que puede hallarse presente en otra estructura sin constituirla.

Y el propio Freud hace el siguiente comentario respecto de la psiquiatría francesa:

“He puesto de relieve aquí los conceptos de entité morbide, de serie, de tipo y de formes frustes porque en su empleo reside un rasgo capital de la manera francesa de hacer clínica. La manera alemana es en

verdad ajena a ese abordaje; en ella, el cuadro clínico, el tipo, no desempeñan ningún papel rector, y en cambio se destaca otro rasgo que tiene su explicación en la historia de la medicina alemana: la tendencia a interpretar fisiológicamente el estado patológico y el nexo entre los síntomas. Es indudable que, al empujar a un segundo plano los puntos de vista fisiológicos, la observación clínica de los franceses gana en autonomía. Ahora bien, tal vez se deba en lo esencial a esta ausencia de consideraciones fisiológicas la impresión extraña que la clínica francesa produce en el no iniciado. Por lo demás, ella no supone ninguna omisión, sino una exclusión deliberada, que se juzga conveniente". (9)

Así Freud se separa de la psiquiatría alemana, no sólo por la concepción de la enfermedad, sino también por el método de la investigación nosológica que va incorporando a su práctica.

Siguiendo esta metodología, Freud entrega una primera síntesis de su trabajo semiológico:

"A. Morfología de las neurosis

1. Neurastenia y pseudoneurastenias.

2. Neurosis de angustia.

3. Neurosis obsesiva.

4. Histeria.

5. Melancolía, manía.

6. Las neurosis mixtas.

7. Estados emisarios, de salida de las neurosis, y transiciones a lo normal." 10)

Este pequeño cuadro muestra claramente los efectos de la manera de proceder de Freud y las consecuencias sobre el discernimiento de las neurosis desde el punto de vista fenomenológico.

En este momento no se ve una renuncia de Freud al concepto de neurastenia. Es un proceso que se va consolidando en la medida que avanzan los propios conceptos psicoanalíticos (defensa, resistencia, síntoma, libido, objeto, pulsión, etc.) (11) y así presenta en su texto *Nuevas aportaciones a las neuropsicosis de defensa*, un modelo casi definitivo, una propuesta nosológica que estará basada de modo decisivo en una profunda consideración de los factores etiológicos en estrecha relación con la separación de los fenómenos al estilo de lo aprendido con Charcot sobre el tipo. Propone entonces las neurosis actuales -angustia y neurastenia- y las psiconeurosis -histeria y neurosis obsesiva-.



Luego, en *Inhibición, síntoma y angustia*, nos presenta las fobias bajo la forma de la histeria de angustia, aunque esta última consideración de la neurosis de angustia tiene algunas dificultades. Si bien es cierto no es completamente original en la búsqueda, como método nosológico, si lo es al presentar el asunto como una búsqueda esencial de un mecanismo psíquico para su explicación fenoménica y etiológica. Puede decirse que ya no le satisface ni encuentra en la clínica que va desarrollando, una manera de sostener una teoría de la degeneración. Esto constituye la base de toda su polémica con la psiquiatría de la época, pues Freud finalmente introduce la sexualidad como factor etiológico y la defensa como mecanismo psíquico. Queda excluida cualquier idea de una degeneración progresiva o de herencia, que lo separa también de uno de sus más lúcidos contemporáneos, Janet, y toma la vía definitiva de las explicaciones a partir de una concepción y un método basados en lo psíquico, así Janet hubiese transformado la *neurastenia* en *psicastenia*, término utilizado por este para enfatizar los componentes psíquicos, no para la construcción de un enfoque etiológico diferente a la tradición.

En esa enorme búsqueda inicial que puede verse reflejada en su correspondencia con Fliess y en los diferentes manuscritos, la sexualidad va y viene a la manera de un tanteo, muy atento por supuesto, pero finalmente puede extraer ese modelo inicial ya mencionado y una conclusión impresionantemente definitiva y oculta en su tiempo: la sexualidad es patógena y traumática. Y a partir de allí, todo el trabajo se orientará a trabajar este asunto en su relación con los cuadros que le eran más familiares.

“Sólo en las neurastenias el examen de los enfermos permite descubrir factores etiológicos pertenecientes a la vida sexual; es que aquí, desde luego, ellos son consabidos para los enfermos y pertenecen al presente o, mejor dicho, al período de la vida que comienza con la madurez genésica (si bien este deslinde no permite abarcar todos los casos). (...) A pesar de ello, la etiología de las psiconeurosis se sitúa siempre en lo sexual. Por un curioso rodeo, del que luego hablaremos, uno puede llegar a tomar noticia de esa etiología, y a concebir que el enfermo no sepa decirnos nada de ella. Y es que los sucesos e injerencias que están en la base de toda psiconeurosis no corresponden a la actualidad, sino a una época de la vida del remoto pasado, por así decir prehistórica, de la primera infancia, y por eso no son consabidos para el enfermo. Este los ha olvidado -sólo que en un sentido preciso.



O sea, hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, pero en las neurastenias ella es de índole actual, y en las psiconeurosis son factores de naturaleza infantil: he ahí la primera gran oposición en la etiología de las neurosis.” (12)

Freud reconoce luego que perdió interés en las neurosis actuales, sin embargo más adelante llega al convencimiento de que nada podría justificar una separación tan tajante entre ambos tipos de neurosis.

En este sentido, si bien es cierto que Freud no se retracta de manera contundente, si ve una relación entre los estados sintomáticos existentes en las llamadas neurosis actuales y las psiconeurosis. De hecho, ve los síntomas de las neurosis actuales como el preámbulo de un desencadenamiento de una psiconeurosis. Podría incluso llegarse a la afirmación de que no volvió a ocuparse de ellas, en la medida en que ya no podía sostener en un momento de su trabajo ningún cuadro neurótico que no fuese una psiconeurosis, aunque parezca curiosa la polémica con Steckel, en medio de la cual lo acusa de abuso del punto de vista psicogenético; pero causa curiosidad es justamente por la época en que la polémica se realiza, ya que la propuesta de Steckel es justamente que todas, absolutamente todas las neurosis, tienen una causa similar a las de las psiconeurosis, gozan de los mismos conflictos y están anudados a los mismos complejos. Por supuesto, esto sólo es parte de tan agria polémica. Esto equivale a decir, contando con Freud, que no se hallará ninguna neurosis que no tenga como antecedente una neurosis infantil, y que los eventos actuales -las frustraciones, inhibiciones, en general, los desencantos y dificultades de la sexualidad- sólo son factores desencadenantes. Todas las neurosis se establecen a partir de un mecanismo psíquico, no somático.

En este punto vale la pena introducir una consideración que justifique en algún sentido el recorrido que se ha realizado. Una de las consecuencias que se desprende de la forma como Freud procede, es ya una estructura para el psicoanálisis. Etiología, semiología o estructuras clínicas y asunción de las consecuencias terapéuticas de estos dos elementos iniciales. No existe por tanto para Freud una clínica coherente que no esté involucrando los tres niveles mencionados y que se ven con claridad en la nota *in extenso* que con anterioridad se trajo a colación. Y ese es el límite que Freud va constituyendo para su método, apoyándose decididamente en lo que le dicta el avance de su investigación -de la hipnosis a

la asociación libre por ejemplo- hasta la regla de la abstinencia que partiendo de una prohibición de cualquier comercio sexual con los pacientes, va llevando hacia un cuidado de la palabra. Así, por ejemplo en la exposición del caso del *Hombre de las ratas* hace la recomendación de no entrar en discusión con los pacientes cuando no aceptan nuestras sugerencias, lo que conduce a dos puntos esenciales: la preservación del dispositivo analítico en tanto espacio para el análisis y no de una conversación cualquiera, y la justeza de las intervenciones prudentemente realizadas contando con un *corpus* teórico que en el caso de Freud se basa en la estructura clínica consecuencia de los factores etiológicos.

La neurosis de angustia, como ya se mostró, sufre una primera separación del cuadro de la neurastenia. La histeria, por su lado, que parecía ser el cuadro más conocido, mejor delimitado, no deja de presentar una multiplicidad de confusiones que se aclaran cuando Freud definitivamente la pone en relación con la sexualidad y a partir de allí, de modo particular con el cuerpo, haciendo especial énfasis en el fenómeno conversivo. Y es que también la neurastenia había arrastrado hacia sí diversidad de fenómenos que desde Freud se entenderán como histéricos, por ejemplo ciertas maneras de deprimirse, que se entienden mejor cuando se colocan del lado de la insatisfacción del deseo. Lo cierto es que la histeria se comprende mejor después de pensar la sexualidad. Es un asunto diferente después de Freud, y hasta podría decirse que es desde la concepción de la histeria que el psicoanálisis permea la psiquiatría, llegando a la constitución de la psiquiatría dinámica inaugurada por Henri Claude.

Respecto de la hipocondría, una breve consideración de momentos diversos en el tratamiento fenomenológico que Freud realiza.

- Formando parte de una neurosis de angustia como uno de sus síntomas permanentes, es decir, como una angustia referida al cuerpo (13). La trata como una neurosis actual en la que Freud ve unos mecanismos relativos a montos de sexualidad no tramitados adecuadamente. Significa entonces que ha sufrido una separación de la neurastenia, siguiendo la consideración de Krafft-Ebing pero en el interior de lo que denominó las neurosis actuales.

- Luego al realizar algunas consideraciones sobre el destino del afecto-reproche y el retorno de lo reprimido, muestra como uno de sus destinos puede ser, en el marco de la neurosis obsesiva, “la hipocondría (miedo a sus consecuencias corporales)” (14). Esta misma consideración la sostiene en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, en el apartado dedicado al análisis del mecanismo psíquico de la neurosis obsesiva, y dirá:

“Muchos casos que tras una indagación superficial se tendrían por una hipocondría común (neurasténica) pertenecen a este grupo de los afectos obsesivos; en particular, la llamada «neurastenia periódica» o «melancolía periódica» parece resolverse con insospechada frecuencia en afectos y representaciones obsesivos, discernimiento este que no es indiferente desde el punto de vista terapéutico.” (15)

- Luego en el caso Schreber, a partir de los relatos sobre la primera crisis, Flechsig se refirió a esta como un estado de “hipocondría grave”, lo que es tratado por Freud como un estado previo neurótico antes del desencadenamiento de la psicosis. Este análisis resulta de una enorme importancia porque sugiere que una neurosis puede evolucionar hacia una psicosis. Freud examina lo normal y lo patológico y lo entrama inicialmente en términos de cantidades. Veamos por ejemplo como lo dice:

“Y aun nos hemos acostumbrado a atribuir a todo hombre de cultura un cierto grado de represión de mociones perversas, de erotismo anal, de homosexualidad, etc., así como un fragmento de complejo paterno y complejo materno, y de otros complejos todavía, de igual modo como en el análisis de los elementos de un cuerpo orgánico esperamos pesquisar con seguridad carbono, oxígeno, hidrógeno, nitrógeno y algo de azufre. Lo que distingue entre sí a los cuerpos orgánicos es la proporción en que se mezclan estos elementos y la constitución de las combinaciones que forman. De igual modo, la diferencia entre normales y neuróticos no reside en la existencia de tales complejos y conflictos, sino en que estos hayan devenido o no patógenos y, en tal caso, qué mecanismos siguieron para ello.” (16)

Cantidad, pero también mecanismo, hacen a la disposición, a la elección de neurosis, también de la psicosis.

Finalmente, en *Introducción al narcisismo*, realiza una serie de consideraciones alrededor de lo normal y lo patológico, y el reconocimiento de que la verdadera vía de acceso al estudio del narcisismo son las *parafrenias*. Examina la enfermedad orgánica, el amor y se detiene de modo interesado en la hipocondría, la relaciona con las diversas



formas de las psiconeurosis, la reconoce como una neurosis actual para terminar diciendo de ella que:

“...la hipocondría es a la parafrenia, aproximadamente, lo que las otras neurosis actuales son a la histeria y a la neurosis obsesiva; vale decir, depende de la libido yoica, así como las otras dependen de la libido de objeto; la angustia hipocondríaca sería, del lado de la libido yoica, el correspondiente de la angustia neurótica. Además: Si ya estamos familiarizados con la idea de que el mecanismo de la contracción de la enfermedad y de la formación de síntoma en las neurosis de transferencia (el pasaje de la introversión a la regresión) ha de conectarse con una estasis de la libido de objeto, podemos aproximarnos también a la imagen de una estasis de la libido yoica, vinculándola con los fenómenos de la hipocondría y de la parafrenia.” (17)

Es decir, que en el movimiento libidinal, - y en este punto se quiere ser preciso-, desde el mecanismo psíquico que hace al movimiento libidinal, la hipocondría recibe por parte de Freud la misma consideración que la parafrenia. Luego de esto ya no vuelve a ocuparse de la hipocondría, y lo que sugiere finalmente, es que no la considera más una neurosis actual, puesto que le atribuye un mecanismo psíquico, y no mecánico u orgánico a su conformación. ¿Puede dársele el tratamiento de un fenómeno, similar al fenómeno psicósomático? Dejemos esto acá porque nos distancia del objetivo.

3. *La neurosis obsesiva*

De modo pues que nos encontramos finalmente con relación a la neurosis con una sola estructura, tres tipos: la neurosis histérica, la neurosis obsesiva y la histeria de angustia o neurosis fóbica. Lacan toma un punto de vista diferente respecto de las fobias, pero no completamente alejado de los criterios freudianos, y este punto de vista es el de la fobia como una plataforma giratoria en conexión con las diversas formas de la estructura neurótica y psicótica.

Así pues, el psicoanalista se las ve con la neurosis, la psicosis y la perversión. Estas estructuras son las mismas sobre las que trabaja Lacan, entendiendo que ellas se explican a partir del propio concepto de estructura creada por él.

Ahora bien, ¿qué pasó entonces con la neurosis obsesiva? Lo primero es la consideración de que Freud siempre la llamó neurosis obsesiva, en cambio a la histeria simplemente

histeria. Es que se producían confusiones en los nombres a partir de las consideraciones etiológicas, de tal manera que decir neuropsicosis o psiconeurosis cambia completamente el sentido último. Sin embargo, da la impresión que no repara en la denominación de neurosis obsesiva. Puede entenderse que hallado el punto de vista psíquico aportado por la defensa no se preocupa por más. También cuenta el hecho de que vio en la neurosis obsesiva una cosa primera que es la compulsión (*zwang*), de las que se desprenden los fenómenos diversos que se presentan, desde la idea hasta el acto.

En la *lección 17* trae la que a nuestro modo de ver es la más precisa y rica presentación de la neurosis obsesiva, que es posterior al hombre de las ratas, caso en el cual Freud pone los cimientos definitivos para la comprensión de su propia creación con esta neurosis: la agresividad, la homosexualidad, la culpa, el padre, la duda, el ritual, etc. (18)

“La neurosis obsesiva se exterioriza del siguiente modo: los enfermos son ocupados por pensamientos que en verdad no les interesan, sienten en el interior de sí impulsos que les parecen muy extraños, y son movidos a realizar ciertas acciones cuya ejecución no les depara contento alguno, pero les es enteramente imposible omitirlas. Los pensamientos (representaciones obsesivas) pueden ser en sí disparatados o también sólo indiferentes para el individuo; a menudo son lisa y llanamente necios, y en todos los casos son el disparador de una esforzada actividad de pensamiento que deja exhausto al enfermo y a la que se entrega de muy mala gana. Se ve forzado contra su voluntad a utilizar y especular, como si se tratara de sus más importantes tareas vitales. Los impulsos que siente en el interior de sí pueden igualmente hacer una impresión infantil y disparatada, pero casi siempre tienen el más espantable contenido, como tentaciones a cometer graves crímenes, de suerte que el enfermo no sólo los desmiente como ajenos, sino que huye de ellos, horrorizado, y se protege de ejecutarlos mediante prohibiciones, renunciaciones y restricciones de su libertad. Pero, con todo eso, jamás, nunca realmente, llegan esos impulsos a ejecutarse; el resultado es siempre el triunfo de la huida y la precaución. Lo que el enfermo en realidad ejecuta, las llamadas acciones obsesivas, son unas cosas ínfimas, por cierto, harto inofensivas, las más de las veces repeticiones, floreos ceremoniosos sobre actividades de la vida cotidiana a raíz de lo cual, empero, estos manejos necesarios, el meterse en cama, el lavarse, el hacerse la toilette, el ir de paseo, se convierten en tareas en extremo fastidiosas y casi insolubles. Las representaciones, impulsos y acciones (19) enfermizas en modo alguno se mezclan por partes iguales en cada forma y caso singular de la neurosis obsesiva. Más bien es regla que uno u otro de estos factores domine el cuadro y dé su nombre a la enfermedad; pero lo común a todas estas formas es harto inequívoco. (...) La psiquiatría da nombres a las diversas obsesiones, y fuera de eso no dice otra cosa. En cambio, insiste en que los portadores de tales síntomas son «degenerados». Esto es poco satisfactorio, en verdad un juicio de valor, una condena en vez de una explicación”



Este es pues el laberinto del obsesivo que tantas inquietudes le causaron a Freud. Sin embargo no se pretende con algunos de los elementos de esta cita crear un estereotipo de obsesivo. Esto no se puede hacer sin traicionar el espíritu riguroso de Freud. Y en este sentido, el mismo concepto de tipo, ahora aunado al de rasgo impide construir un modelo único de neurosis obsesiva. Tipo no es modelo. Tipo se refiere a un desprendimiento clínico, lógico, de una estructura, la neurosis, de igual manera que rasgo coloca la solidaridad de la que se habla entre tipos de la misma estructura. Esto, sin olvidar que además de síntomas únicos, también encontramos los fenómenos, por ejemplo las fobias en la esquizofrenia o en la histeria, o aún en la neurosis obsesiva. No se trata pues de decir que cuando se conoce a un obsesivo se los conoce a todos, puesto que tal derivación a un plano único fenoménico de signos es absolutamente contrario al concepto de estructura y fenómeno, y más aún al de fantasma.

Tenemos pues en esencia cuatro síntomas fundamentales de la neurosis obsesiva de carácter compulsivo: representaciones, impulsos, acciones y duda. Esto debe ser suficiente para no establecer diferencias entre neurosis obsesiva y neurosis obsesivo-compulsiva, ya que estructuralmente responden a lo mismo. Para Freud será neurosis obsesiva, neurosis de compulsión (*zwang*).

Hoy en día, el DSM IV lo presenta con la sigla de TOC (trastorno obsesivo compulsivo), muy en la línea de lo dicho fenomenológicamente por Freud, pero sabemos que este tratado sólo se ocupa de describir y agrupar elementos sintomáticos sin ocuparse de los factores etiológicos, sólo epidemiología comparativa, y sin el respaldo de una perspectiva teórica particular. Además le coloca como un cuadro de ansiedad, justo en contravía de lo que hizo históricamente la clínica clásica.

La neurosis obsesiva se convierte para Freud en un puntal clínico en la medida que la ve mejor y la diferencia. Diríase incluso que se convierte en el paradigma de lo que es la neurosis, y en muchos desarrollos conceptuales de su obra se la ve presente de manera clara. Si la histeria entregó el inconsciente, la neurosis obsesiva entregó la metapsicología, la pulsión. Muestra la importancia de los fenómenos obsesivos desde el mismo momento en que los constituye como parte de las neuropsicosis de defensa, y puede decirse que es el modelo de lo que buscaba como cuadro eminentemente psicológico. Pero no significa lo

dicho una separación tajante clínica con la histeria. De hecho, siempre vio la solidaridad entre uno y otro tipo, y lo resalta permanentemente.

“El medio por el cual la neurosis obsesiva expresa sus pensamientos secretos, el lenguaje de la neurosis obsesiva, es por así decir sólo un dialecto del lenguaje histérico, pero uno respecto del cual se debería conseguir más fácil la empatía, pues se emparenta más que el dialecto histérico con la expresión de nuestro pensar consciente. Sobre todo, no contiene aquel salto de lo anímico a la inervación somática – la conversión histérica - que nunca podemos nosotros acompañar conceptualmente” (20)

Expresa pues Freud en esta cita la cercanía, pero al mismo tiempo la enorme diferencia que existe entre uno y otro cuadro, y en esa dirección hace la declaración de una sola estructura neurótica de la que la histeria y la neurosis obsesiva solamente eran tipos. No significa esto que neurosis obsesiva e histeria sean y se presenten como lo mismo, sino que son solidarias, y que participando de la misma estructura, se diferencian. Pero la declaración de Freud llega incluso más lejos cuando declara que toda neurosis obsesiva tiene como sustrato a una histeria. (21) Ahora bien, resaltado el hecho de que la sexualidad porta las condiciones de ser patógena por ser traumática, y permitir una vía explicativa de corte psicogenético, la pregunta que resulta en relación a los distintos tipos de neurosis es la siguiente: ¿Cómo se establece, en la dirección del mecanismo psíquico que hace a las psiconeurosis, la diferencia entre histeria, neurosis obsesiva y fobia? Es la modalidad de la defensa.

Trabajos citados

- (1) BERCHERIE, Paul, *Génesis de los conceptos freudianos*, Buenos Aires: Paidós, 1ª edición, 1988. Pág. 42.
- (2) *Ibidem*.
- (3) *Ibidem*.
- (4) *Ibid*, Pág. 65.
- (5) El cambio de letra es mío.



- (6) FREUD, Sigmund, "Estudios sobre la histeria", En: *Obras Completas*, Vol. II, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 265.
- (7) Si bien es cierto Freud no se propone modificar ni crear nuevas entidades o ir directamente en contravía de las ya existentes, sí produce, en este sentido un efecto, que habrá de entenderse más como un producto de su exploración respecto de la causalidad psíquica que de un simple agregar o desagregar.
- (8) BERCHERIE, Paul, *Op. Cit.* Págs. 69-70.
- (9) FREUD, Sigmund, "Prólogo y notas a la traducción de J.- M. Charcot. Lecciones de los Martes en la Salpêtrière.", En: *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 168.
- (10) FREUD, Sigmund. "Manuscrito D.", En: *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 225.
- (11) Estas síntesis primeras pueden apreciarse mejor en *Neuropsicosis de defensa* y en las *Nuevas aportaciones a las neuropsicosis de defensa*.
- (12) FREUD, Sigmund, "La sexualidad en la etiología de las neurosis", En: *Obras Completas*, Vol. III, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 261.
- (13) FREUD, Sigmund, "Manuscrito B.", En: *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- (14) FREUD, Sigmund, "Manuscrito K.", En: *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 264.
- (15) FREUD, Sigmund, "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa", En: *Obras Completas*, Vol. III, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 172.
- (16) FREUD, Sigmund, "Contribuciones para un debate sobre el onanismo", En: *Obras Completas*, Vol. XXII, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 258.
- (17) FREUD, Sigmund, "Introducción del narcisismo", En: *Obras Completas*, Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 81.
- (18) FREUD, Sigmund, "Conferencias de introducción al psicoanálisis", En: *Obras completas*, Vol. XVI, Buenos Aires: Amorrortu, 1976. Pág. 236.
- (19) El cambio de letra es mío.

(20) *Ibid.* Pág. 124.

(21) FREUD, Sigmund, “Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 125”, En: *Obras completas*, Vol. I, Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

Fecha recibo: 30/05/08 Fecha evaluación: 09/06/08

Affectio Societatis

