

FRAGMENTO CLÍNICO DE LOCURA OBSESIVA EN LA INTERSECCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y EL PSICOANÁLISIS

*María Luján Moreno, Nicolás Guerrero, Guadalupe Oliveira,
Camila Ruocco, Camila Gutiérrez, Magalí Guala y Manuela Versacci*

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo plasmar la discusión teórico-clínica planteada en el interior de la investigación "Variantes fenoménicas estructurales de la neurosis obsesiva: clínica diferencial de la forma enloquecida, infantil y femenina, en torno a las presentaciones delirantes de la neurosis obsesiva", retomando la discusión clásica en relación con el tema. En esa dirección se hará una revisión de dos textos de los autores Henri Legrand du Saulle y Jules Séglas en los que se vislumbra la construcción de una entidad clínica apenas unas décadas antes de que el maestro del psicoanálisis mostrara su interés por el tema. Posteriormente se emprenderá un recorrido por la elaboración freudiana de la neurosis obsesiva, atendiendo a los lazos entre locura y obsesión. Para finalizar, se presenta una viñeta clínica "enloquecida", en la que el diagnóstico presentaba dudas en relación a la estructura que precipitaba ciertos fenómenos "en apariencia" de orden psicótico.

Palabras clave: diagnóstico diferencial, neurosis obsesiva, clínica, transferencia.

Las obsesiones en la psiquiatría clásica

En el año 1875 Henri Legrand du Saulle describe una variedad nosológica a la que denomina “locura de la duda con delirio del tacto”, como una de las cuatro variantes de la locura con conciencia. Constituida por un delirio activo, se caracteriza por mantener el estado de consciencia inalterado y por no comprometer las facultades intelectuales. Por este motivo, los enfermos que la padecen son descriptos como “excelentes observadores de su situación patológica” ([1875] 2007: 187).

La denominación de este cuadro se refiere a los signos clínicos que este autor distinguió como predominantes, los cuales son la interrogación mental por la insistencia de una duda (que abre la escena mórbida) y el temor al contacto con los objetos externos (que cierran la escena).

Legrand du Saulle introduce en su descripción el criterio clínico evolutivo, cuando menciona las fases de esta enfermedad que procede por saltos, atravesados por tres períodos diferentes entre sí.

El primer período se asocia con una producción involuntaria y espontánea de pensamientos, sin ilusiones ni alucinaciones de los sentidos. Tales pensamientos se expresan en interrogaciones dirigidas a sus adentros, por un sentimiento profundo y vago de duda.

El segundo período contiene revelaciones inesperadas al entorno, escrúpulos exagerados, disminución apreciable de la duda y de las interpelaciones personales, temor a tocar ciertos objetos, instintos anormales de limpieza, lavados repetidos y excentricidades múltiples, todo ello siempre en conservación completa de la inteligencia.

El tercer período se corresponde con un estado de enfermedad serio y permanente que se vuelve cada día más intolerable. Tiende a desaparecer la sociabilidad, algunos actos de la vida se hacen imposibles, se dedican muchas horas a la higiene, el círculo de las ideas delirantes se torna más estrecho y las angustias aumentan. La conciencia continúa intacta, sin demencia.

En resumen, se trata de una afección de curso crónico y de duración indefinida que no compromete en absoluto el nivel intelectual ni el ejercicio de las diversas facultades y que muchas veces es confundida con la histeria y la hipocondría. En cuanto al desenlace, no hay ninguno especial, el pronóstico es siempre muy grave.

Por su parte, Jules Séglas profundiza el problema de las relaciones entre locura y obsesión en su trabajo de 1892 sobre “Los trastornos del lenguaje en los alienados”, al postular la existencia de obsesiones alucinatorias. Estas están caracterizadas por todo el cortejo de síntomas habituales de las obsesiones en general: carácter obsesivo e irresistible, conservación de la consciencia, angustia paroxística seguida de una calma relativa. En la

alucinación obsesiva, la alucinación tiene una existencia independiente, con todas las características comunes a las obsesiones en general.

Séglas rozó así el problema de la **atribución subjetiva**, alrededor del cual Lacan hizo girar el diagnóstico diferencial entre las manifestaciones neuróticas y las psicóticas en los años cincuenta.

La elaboración freudiana de la neurosis obsesiva

El amplio espectro de manifestaciones obsesivas convoca tempranamente el interés freudiano cuando hacia 1894-1896 les otorga un lugar entre las grandes neurosis, con una delimitación nosográfica específica y la correspondiente explicación metapsicológica. Con respecto a las presentaciones “enloquecidas”, cabe destacar que por aquella época ya había detectado algunos casos de sujetos que padecían de representaciones obsesivas, en quienes se verificaba un “avasallamiento del yo”, un “ahogo de la crítica” que impedía al enfermo tomar clara conciencia del despropósito de los reproches que lo aquejaban. La expresión, remplazada a veces por la de “**psicosis** de avasallamiento”, es retomada en varios tramos de la obra freudiana que creemos importante revisar en nuestra investigación. En efecto, el alcance teórico-clínico de esa enigmática asociación entre psicosis y neurosis obsesiva exige ser precisado por las implicancias que puede tener para el diagnóstico diferencial y la dirección de la cura.

Ejemplo de ello es la necesidad de hacer un despistaje estructural de ciertas depresiones de “cuño obsesivo” que aparecen en el marco de la elaboración de un duelo patológico, en las que la presentación clínica del autorreproche se acerca a la de la melancolía.

Más adelante, en su análisis del hombre de las ratas, Sigmund Freud vuelve sobre la vieja categoría de “delirio obsesivo” para subvertirla totalmente. Esto es así, en primer lugar, porque, trascendiendo la mera descripción fenomenológica de esa “loca” presentación, sitúa de manera brillante su **estructura** y su **función**. Su rol en la “lucha defensiva secundaria” contra las representaciones obsesivas y su carácter de “mestizo” entre dos variedades de pensamiento -uno racional y otro obsesivo- lo sitúan en el terreno del “pensar patológico” y lo vuelven también un retoño de lo reprimido. Pero sobre todo, el abordaje del delirio obsesivo se ve trastocado al inscribirse en la transferencia, cuya articulación con el saber -no sabido- permite rastrear los significantes privilegiados de la historia del sujeto y convertirlo en un argumento a descifrar. Como es de esperar, las líneas de fuerza de la estructura, función y respuesta a la transferencia que se desprenden de esta enseñanza de Freud sobre el delirio obsesivo resultarán fundamentales para pensar la casuística aportada por nuestra investigación.

Es necesario aclarar que, en el llamado giro de los años veinte, los vectores mencionados recibieron una nueva luz a partir de la elaboración del segundo dualismo pulsional, de la nueva tónica del aparato psíquico y de la nueva teoría de la angustia. Debe destacarse que muchas de las modificaciones que se produjeron en la teoría de Freud en aquel momento obedecían a los obstáculos que su propia clínica le imponía, entre ellos la necesidad de dar cuenta de determinados hechos clínicos que mostraban un tope al desciframiento, como, por ejemplo, los síntomas de la neurosis obsesiva. Y si bien ya no aparece una referencia explícita al delirio obsesivo -producto quizá del mismo movimiento que llevó a Freud a abandonar la referencia a la locura histérica, es decir, el de reservar las manifestaciones alucinatorias y delirantes para la psicosis-, resulta interesante, en nuestro caso, examinarlo con la nueva arista que supone el límite al principio del placer, la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte.

Una presentación enloquecida

Ernesto, de 26 años de edad, es un joven oriundo del interior de la provincia que se mudó hace 4 años a nuestra ciudad para estudiar una carrera terciaria. Es derivado a un profesional psiquiatra a los efectos de despejar dudas sobre su diagnóstico y sobre la pertinencia de un abordaje psicofarmacológico.

Sobre su estancia en la ciudad, señala: "hace cuatro años que estoy en La Plata y ni siquiera metí una materia". Su vida cotidiana tampoco está exenta de inconvenientes, ya que describe que le cuesta hacer cosas simples: "(...) vivir solo, no me hago la comida (...) me cuesta cuidarme a mí mismo. En T. no me pasaba (...), estaba con mis padres; parece que no, pero uno valora las cosas cuando ya no las tiene".

Estas dificultades académicas y domésticas que padece hace unos años ya, no constituyen sin embargo el motivo que precipitó la consulta. La misma se produce luego de un acceso de enloquecimiento: durante unos días, tanto en el comercio en el que trabaja como en la vivienda que comparte con otros estudiantes, escuchó voces que hablaban de él, que lo cargaban, y experimentó fenómenos de alusión en los comentarios que oía.

Escuchaba voces en la cabeza, insultos que me habían dicho anteriormente. "¿Cómo puede ser?", pensaba, me daba vuelta y no había nadie. Me cargaban: "ahí está el hijo de puta", salía del trabajo y escuchaba "ahí viene el hijo de puta". Yo suponía que era una movida...Hice algo pero después me escondí, me daba vergüenza, sentía palpitations, angustia y sentía una voz que no era la mía: "tiene vergüenza", tiene vergüenza". "Me encerraba a mirar tele y cuando escuchaba los diálogos de los programas por ahí sentía que hablaban de mí: "es un soberbio", "lo sabe todo", "vergüenza", me angustiaba y cambiaba de canal.

Estas manifestaciones inicialmente le ocasionaron angustia e insomnio (fenómenos patológicos que, por sí mismos, no permiten orientar un diagnóstico) y lo condujeron a encerrarse, aunque cedieron luego de unos días “Estuve muy perseguido con las palabras pero son muy comunes, si me pongo en modo lógico...pero en aquel momento me encerraba”. Este comentario del paciente acerca de la experiencia vivida permite cernir la ausencia de certeza retrospectiva y formular la pregunta por el estatuto de este episodio que los clásicos denominarían una *bouffée délirante*.

Fundamental es en este punto precisar la posición subjetiva que subyace a este **enloquecimiento transitorio** y rastrear las coordenadas de su surgimiento. El paciente tiene noticias sobre el episodio desencadenante, a la vez que no alcanza a discernir su valor patógeno, estatuto que será revelado a partir de la dialectización de los fenómenos clínicos en el dispositivo.

En relación con las coordenadas de la crisis nos enteramos que fueron días en los que estaba muy triste y “explotó” contando dos secretos a una conocida y

todo el mundo se enteró. Le dije que era virgen y que soy un hijo de puta. “¿Por qué hablé?”- me atacó a mí mismo, “la culpa es mía”. Dije así: “soy hijo de puta”... Lo dije así, es un insulto muy común pero lo tomaron literal.

La injuria tomará así valor metafórico al quedar enlazada a la novela familiar: luego de varias afirmaciones contradictorias acerca de qué podría haber querido decir al afirmar “soy un hijo de puta”, finalmente refiere que quebró una promesa que le hizo a su madre de no hablar sobre su pasado. Su padre biológico habría sido partícipe en diversas actividades delictivas y habría obligado a prostituirse a su madre cuando el paciente era muy chico. Recuerda que su madre habría escapado llevándolo consigo cuando él tenía 4 años. Esta mujer rehace su vida con un antiguo cliente, el padrastro de Ernesto, quien se enamora de ella y con quien funda una nueva pareja que perdura hasta la actualidad.

Respecto de las razones de su tristeza, el paciente vuelve sobre el primer secreto: nunca ha tenido sexo con una chica y esto lo preocupa. Manifiesta que no sabe decir bien, identificar bien, lo que siente.

Yo no sé cómo encarar una chica. Siempre estoy recabando el problema y el error. La única vez que pude hablarle a una chica fue con alcohol. He besado, he tocado, pero siempre con un par de copas...no soy yo en ese momento.

Parece que nunca crecí...casi siempre soy un niño, siempre me engancha cuando alguien propone jugar al ping-pong, o a la pelota en la casa. Me olvido de todos los problemas. Desde chiquito estoy dejando todo para lo último... juego muy al filo.... Me dejo para lo último (...). Siempre me digo: “¡qué pelotudo!”. Sé que tengo que tomar una decisión y pasar a la acción.

Días antes de explotar y revelar los dos secretos se había prendado de una joven del barrio. Lejos de acercarse y abordarla, Ernesto termina hablando con la madre de la muchacha, preguntándole por su hija de un modo que incomodó a la mujer. Finalmente, le envía a dos mensajes por Facebook a la joven, quien, a su vez, le responde pidiéndole que no la moleste más. “No me expresé bien con la chica”.

Se considera una persona demasiado sensible y le gusta tener todo bajo control.

A modo de conclusión

La descripción semiológica clásica de las obsesiones es retomada por Freud como punto de partida para plasmar sus aportes originales, esto es, reunir en el mismo grupo nosológico de las neurosis a la histeria y la obsesión. En este conjunto la neurosis obsesiva constituirá tempranamente un tipo clínico. Al mismo tiempo, hallamos la propuesta de un método de exploración innovador que descifra y deshace los laberínticos caminos de los productos obsesivos en el marco de la relación transferencial. Luego, con el giro de los años veinte, esta propuesta adquiere relevancia teórica como consecuencia directa de una serie de problemáticas clínicas motivadas por las nociones de superyó, regresión y pulsión de muerte.

Con la presentación de una viñeta clínica hemos pretendido traer a discusión el alcance teórico-clínico de la asociación de ciertos fenómenos clínicos que pueden presentarse al comienzo del desencadenamiento de una psicosis pero que, a partir de la aparición de una estructura mítica que supone la transformación de significantes decisivos en la historia del sujeto, nos orientan en la dirección de la obsesión.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. ([1909] 1988), "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "hombre de las ratas")". En *Obras Completas* (tomo X). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925). "Inhibición, síntoma y angustia". En *Obras Completas* (vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). "El yo y el ello". En *Obras Completas* (vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896), "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa". En *Obras Completas* (tomo III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1894), "Las neuropsicosis de defensa". En *Obras Completas* (tomo III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Legrand du Saulle, H. ([1875] 2007) "La locura de la duda (con delirio del tacto)". En *Historia de la ansiedad*. Buenos Aires: Polemos
- Séglas, J. (1892) "Los trastornos del lenguaje en los alienados". En E. Vaschetto (comp.) *Lenguaje y psicopatología*. Buenos Aires: Polemos