



# Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica

## *Obsessions before Freud: history and clinical practice*

**Rafael Huertas**

Profesor, Instituto de Historia/  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales/  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas.  
Calle Albasanz, 26-28  
28037 – Madrid – España  
rafael.huertas@cchs.csic.es

Recebido para publicação em setembro de 2012.

Aprovado para publicação em janeiro de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000014>

HUERTAS, Rafael. Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1397-1415.

### Resumen

Se analiza el significado del concepto de “obsesión” en el alienismo del siglo XIX. Desde el punto de vista clínico, la descripción de Esquirol fue completada por otros autores (Jules Falret, Legrand du Saulle). En el ámbito de la reflexión psicopatológica, el alienismo francés, con el delirio emotivo de Morel o la psicastenia de Janet, defendió la teoría emocional, frente al trastorno intelectual propuesto por los médicos alemanes. Finalmente, se insiste en la importancia del marco cultural en la aparición de los síntomas obsesivos y de su interpretación. En este sentido, se estudian las relaciones de los escrúpulos religiosos con la melancolía o la aparición de categorías diagnósticas sometidas a los códigos y mentalidades *fin-de-siècle*.

Palabras clave: obsesiones; psiquiatría; historia de la medicina; alienismo francés.

### Abstract

*The article analyses the significance of the concept of “obsession” in nineteenth-century alienism. From a clinical point of view, Esquirol’s description was completed by other authors (Jules Falret, Legrand du Saulle). In the area of psychopathological studies, French alienism, with Morel’s emotional delirium or Janet’s psychasthenia, defended the emotional theory, as opposed to the intellectual disorder proposed by German doctors. Lastly, the importance of the cultural framework is stressed in the appearance of obsessive symptoms and their interpretation. Along these lines, the article discusses the relationship of religious scruples to melancholy or the appearance of diagnostic categories subject to fin de siècle codes and mentalities.*

*Keywords: obsessions; psychiatry; history of medicine; French alienism.*

Como es sabido, el término “neurosis obsesiva”, concepto clásico de la psicopatología del siglo XX, fue sustituido paulatinamente, a partir de los años 1970, por el de “trastorno obsesivo-compulsivo” (TOC). Expresiones como “la neurosis obsesiva, hoy llamada trastorno obsesivo compulsivo” o “el trastorno obsesivo compulsivo, antiguamente llamado neurosis obsesiva” implican un intento de mostrar una evolución histórica lineal y progresiva hacia un mejor conocimiento de la ciencia mental. Un intento que es, cuando menos, engañoso porque, en realidad, lo que hay entre una concepción y otra es, al menos en muy buena medida, una ruptura de paradigma. Las obsesiones y las compulsiones han transitado en las últimas décadas desde interpretaciones más dinámicas hacia orientaciones claramente biológicas: marcadores genéticos (Torgersen, 1983), controvertidos hallazgos neuroanatómicos o neurofisiológicos (Hollander et al., 1990); bioquímicos (Yaryuria-Tobias, 1977); infecciosos (Lougee et al., 2000); aparente repuesta a determinados tratamientos cognitivo-conductuales (MacFall, Wollersheim, 1979), pero también farmacológicos (Reynge de Voxrie, Oct. 1968) o, incluso, psico-quirúrgicos (Hay et al., 1993). Todo lo cual ha ido desplazando, cuando no anulando, el interés y las investigaciones sobre aspectos biográficos y culturales, como el ambiente familiar, la educación, los sistemas de valores etc., en la génesis de los síntomas obsesivos y compulsivos.

Incluso en prestigiosas obras de historia de la psiquiatría pueden encontrarse afirmaciones como la siguiente: “Las conductas de tipo obsesivo se han mencionado en la bibliografía a lo largo de los siglos, a menudo bajo etiquetas sociales y religiosas, y sigue en pie la pregunta de si tales fenómenos son neurobiológicamente equivalentes a lo que hoy se denomina trastorno obsesivo compulsivo” (Berrios, 1996, p.140, 1989).<sup>1</sup> Personalmente, no me interesa tanto identificar supuestas “señales neurobiológicas” que se presumen constantes a lo largo de la historia, sino lo que desde estas corrientes historiográficas se define como el “ruido de fondo” que, aparentemente, envuelve sin alterar para nada la esencia biológica de los trastornos mentales. Un “ruido de fondo”, repleto de elementos sociales y culturales, que interviene directamente en los avatares biográficos del individuo y en los cambios en su subjetividad (Huertas, 2012). Por eso, la historia de los trastornos mentales no puede ser una mera enumeración positivista de términos y conceptos, sino que es preciso contextualizarlos con esmero desde el punto de vista científico, social y cultural, con el fin de ayudarnos a pensar la locura – y la clínica – más allá del dato esquemático recogido y catalogado en la guía diagnóstica de turno.

Mi objetivo en las páginas que siguen es analizar algunos aspectos de las obsesiones antes de Freud y, fundamentalmente, en el seno del movimiento alienista francés; esto es, desde el nacimiento de la clínica, que diría Michel Foucault (1963), de la clínica psiquiátrica se entiende, de la clínica considerada – según la expresión de Paul Bercherie (1980, p.25) – como ese “camino consciente y sistemático”, iniciado por Pinel y Esquirol, hasta las últimas décadas del siglo XIX. Toda una centuria que ha llegado a denominarse “el siglo de la clínica” (Huertas, 2005).

### **El escrúpulo y la melancolía religiosa**

Recordaré, no obstante, que pueden documentarse numerosas alusiones a las obsesiones en textos literarios, teológicos o filosóficos desde tiempos muy remotos. Así, por ejemplo, Agustín

de Hipona, con su doctrina del pecado, de la voluntad y de la concupiscencia, que estarían en la génesis de conflictos internos o de trastornos volitivos de naturaleza obsesiva (culpa, resistencias ante la tentación o ante deseos desordenados etc.), propició, en buena medida, el origen de una presencia duradera e incuestionable de las obsesiones en el marco cultural de la iglesia católica latina (Agustín, 2010, p.378 y s.; Cameron, 2008). Desde un punto de vista etimológico, pero también conceptual, se estableció una diferenciación entre “posesión” (*possessio*) y “obsesión” (*obsessio* = asedio). En la primera, el sujeto ya no era consciente de su situación, estaba vencido y “conquistado” por el demonio que ejercía sobre él un control absoluto. Sin embargo, en la segunda, la víctima era muy consciente de su comportamiento anómalo – que se imputaba al ataque del demonio –, sintiéndose “asediado” y resistiendo con todas sus fuerzas y con gran sufrimiento (Davis, 2008, p.31). De este modo, las posesiones demoníacas o los escrúpulos religiosos fueron interpretados como formas más o menos evolucionadas de obsesiones, ligadas en general a la melancolía. Robert Burton (1995, t.3, p.393), en su *The anatomy of melancholy*, describió casos de personas angustiadas por blasfemar en el interior de la iglesia o con temor a salir de sus casas por miedo a desvanecerse o morir.

La presencia de “escrúpulos” aparece en la literatura como un elemento fundamental y casi definitorio de las obsesiones. “Escrúpulo” entendido como una obsesión de culpa, como la inquietud del ánimo provocado por la duda acerca de si algo es bueno o malo, correcto o incorrecto, o desasosiego excesivo de la conciencia, temor insoportable a caer en el pecado. Ignacio de Loyola suele ponerse como ejemplo de este estado de escrúpulo religioso (Saurí, 1983; Berrios, 1996, p.41), narrado en el capítulo tercero de su *Autobiografía* (Loyola, 1963, p.67-159). Es en este marco cultural – el del Occidente cristiano del *Ancien Régime* – en el que la genealogía de las obsesiones, a partir precisamente del concepto de escrúpulo, nos remite a “una larga historia moral en la que la mirada de los teólogos y los filósofos resulta más nítida que la de los médicos” (Pelicier, 1976, p.10). Jeremy Taylor (1660, v.1, p.208), obispo de la iglesia anglicana, reflejó en su *Ductor dubitantium* los escrúpulos “como grandes trastornos del alma”; mientras que el teólogo y moralista francés Jacques-Joseph Duguet (1717) distinguió, en su importante *Traité des scrupules*, tres posibles orígenes de los escrúpulos religiosos: una falsa idea de la justicia divina; una timidez natural que propicia el consuelo de la religión ante cualquier dificultad; y un fondo melancólico que ofusca la razón y hace que objetos y situaciones sean percibidos e interpretados de manera anómala. Finalmente, merece la pena destacar que en la entrada “Scrupule” de *L'Encyclopédie*, firmada por Diderot (1765, v.14, p.815), se define al escrupuloso como un individuo “cobarde, pusilánime, atormentado y con una falsa opinión de la religión y de Dios”. Esta noción de escrúpulo acabará siendo incorporado al pensamiento médico y psicológico posterior (Weisner, Riffel, 1960; Mora, 1969). Incluso, en trabajos recientes, aun considerando escasos los estudios referidos a este tipo de síntomas, se ha insistido en que los escrúpulos “religiosos” aparecen a menudo en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (Abramowitz et al., 2004; Nelson et al., 2006).

Pero es en el tránsito de los siglos XVIII a XIX cuando tiene lugar, alentada por el romanticismo, una nueva percepción del individuo y una nueva visión de la locura (Kaufmann, 1995; Novella, 2010a, 2010b). El individualismo y la reflexividad del yo, propios de la modernidad, han facilitado, sin ninguna duda, la constitución cultural de la psiquiatría

y los trastornos mentales (Sass, 1992) que difícilmente hubieran podido consumarse sin el telón de fondo provisto por una cultura donde el yo ha tendido a ser comúnmente percibido como problemático y precario y donde las fuentes del malestar han acabado siendo ubicadas y procesadas en el ámbito de la subjetividad, un mundo interior adscrito al individuo (Staeuble, 1991).

En el caso que nos ocupa, probablemente uno de los máximos exponentes de este romanticismo de la angustia sea Søren Kierkegaard. Su propia biografía (Garff, 2005), su amor indeciso y atormentado hacia Regina Olsen, sus melancólicos sentimientos de culpa, de angustia, sus dudas permanentes aparecen suficientemente documentadas en su *Diario íntimo* (Kierkegaard, 1993). Sus escrúpulos ante el pecado, “cualquier pecado del que uno no se haya arrepentido constituye un nuevo pecado y en cada momento que pasemos sin arrepentirnos estamos cometiendo un nuevo pecado” (Kierkegaard, 1969, p.199), modulan, en muy buena medida una obra filosófica y teológica importante e influyente que aportará conceptos fundamentales como el de “subjetividad” (Amorós, 1987; Solé Plans, 2010), por ejemplo, que será retomada por los existencialistas con Heidegger a la cabeza y que llegará hasta Lacan (Adam, 2007).

Sin embargo, esta relación entre el escrúpulo y los sentimientos religiosos va a ser medicalizado en los albores del siglo XIX. La obra de John Haslam *Observations on madness and melancholy* (1809) aporta algunos casos de sujetos con melancolía religiosa que padecían ideas obsesivas, pero el alienista belga Joseph Guislain es uno de los autores que más claramente establece la relación entre la melancolía y todo un espectro de cuadros ansiosos, mencionando desórdenes obsesivos solo en el apartado dedicado a la melancolía religiosa: fervor religioso muy intenso, abuso de prácticas religiosas, confesiones muy frecuentes, temor exagerado y obsesivo a los tormentos del infierno etc. Distingue también entre “demonofobia” (temor constante a cometer pecados, a ser tentado por el diablo) y “demonolatría” (el sujeto se cree poseído por el demonio y le rinde culto). Finalmente, identifica una “melancolía de desesperación”: “Una desesperación mórbida que puede aplicarse a algunos sujetos que tienen grandes temores al infierno o excesivos escrúpulos religiosos” (Guislain, 1852, p.130).

Cabe recordar que Guislain es un autor fundamental en el proceso de constitución del concepto de “psicosis única”, en la que precisamente el trastorno afectivo estaría en el origen de la locura. Como es bien sabido, propone el término “frenalgia”, dolor moral, para definir este fenómeno inicial, identificándolo con la melancolía o la lipemania esquiroliana (Guislain, 1852, p.64 y s.; Berrios, Beer, 1994; Huertas, 1999).

## **El modelo de la monomanía**

Precisamente con Jean-Étienne-Dominique Esquirol y en el marco de su propuesta – a la vez nosográfica y psicopatológica – del concepto de “monomanía”, las obsesiones entran de lleno en el ámbito de la medicina mental (Girard, 1981). Está suficientemente aceptado que la primera descripción clínica que se realiza en dicho marco ideológico y conceptual del alienismo es la que corresponde a una paciente de Esquirol: el caso de Mademoiselle F.

Mademoiselle F. era una paciente de Esquirol, de 34 años de edad, que temía quedarse con el dinero de los demás. Educada en el comercio e iniciada en actividades contables,

tardaba mucho tiempo en acabar las cuentas y las facturas, por miedo a cometer errores, poner una cifra por otra y en consecuencia perjudicar a sus compradores ... con posterioridad empieza a temer que al tocar las monedas pueda quedarse en sus dedos alguna cosa de valor. En vano le decían que no podía retener una moneda sin darse cuenta, que el contacto de sus dedos no podía alterar el valor del dinero que tocaba. Eso es cierto, respondía, mi inquietud es absurda y ridícula pero no puedo evitarlo (Esquirol, 1838, v.2, p.64).

Mademoiselle F. se vio obligada a abandonar el comercio pero sus temores aumentaron y se generalizaron:

Cuando toca cualquier cosa se despiertan sus temores; lava sus manos con mucha agua ... donde quiera que esté tiene cuidado para no tocar nada ni con sus manos ni con su ropa. Adquiere una costumbre singular; cuando toca algo, cuando su ropa entra en contacto con un mueble o con cualquier otro objeto, cuando alguien entra en su apartamento o ella va de visita, sacude con fuerza sus manos, frota los dedos de las manos unos con otros como si se tratara de quitar alguna materia sutil escondida entre las uñas. Este singular movimiento se repite todos los instantes del día y en todas las ocasiones (p.66-67).

Se levanta a las 6, tanto en invierno como en verano; tarda en arreglarse una hora y media y en los periodos de excitación, más de tres horas. Antes de levantarse de la cama frota sus pies durante diez minutos para quitar lo que haya podido deslizarse entre sus dedos o bajo las uñas, después da vueltas a sus zapatillas, las sacude y se las da a su criada para que ésta, después de examinarlas detenidamente, asegure que no esconden cosa de valor. Se pasa el peine muchas veces por los cabellos por el mismo motivo ... si por cualquier circunstancia, no se toman estas precauciones, Mademoiselle F. está a disgusto todo el día. ... Antes de dormir toma las mismas precauciones, y su aseo por la noche dura más de una hora ... Comida de las 10: antes de empezar a comer, explora y sacude la servilleta, los platos, los vasos, las jarras, los cubiertos, sacude y frota sus dedos después de tocar estas piezas ... la presencia de extraños no la cohibe. Cuando va de visita, se asegura de no tocar nada, da vueltas alrededor del asiento, lo examina, lo sacude con cuidado e inmediatamente sacude y frota sus dedos (p.67).

No desvaría nunca, tiene conocimiento de su estado, reconoce lo ridículo de sus aprensiones, lo absurdo de sus precauciones ... sería imposible sorprender, en ningún momento, el menor desorden en las sensaciones, en el razonamiento, en los afectos de esta interesante enferma (p.71).

Como podemos ver, se trata de un caso con unas manifestaciones muy floridas que es descrito por Esquirol en su obra *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal* (1838), en el capítulo dedicado a las monomanías. Como se sabe, Esquirol modificó el concepto pineliano de “manía sin delirio” o de “manía sin delirio con delirio específico”, introduciendo la categoría de “monomanía”. Con ello se establecía una diferenciación clara con la “manía”, en la que el delirio se refiere a toda suerte de objetos y se acompaña de excitación, pero no por ello se descartaba la existencia del elemento definitorio de la locura – el delirio –, aunque éste estuviera circunscrito a un objeto específico. Al postular la existencia de ese delirio circunscrito se trataba, sin duda, de una atrevida elaboración teórica, de una idea fija (*idée fixe*) que no todo el mundo – tan solo el alienista – sería capaz de identificar (Saussure, 1946; Fontana, 1973; Goldstein, 1987, p.152-196; Huertas, 2008).

En un sentido más general, la manía sin delirio de Pinel – y la monomanía de Esquirol, claro está –, nos inicia en una problemática, la de las locuras parciales que ha interesado a la psiquiatría de todos los tiempos. El problema de la locura “con conciencia” va a desbordar, como es bien sabido, la doctrina clásica de la responsabilidad y generar un debate médico-judicial del que aún no hemos salido; pero también puede permitir repensar la historia de la psiquiatría a partir de esta inquietante constante: la división del yo; la de que el sujeto puede “dividirse”, puede cometer un acto y simultáneamente repudiarlo, pensar una cosa y hacer lo contrario. Constante que volverá, una y otra vez, como una especie de *Leitmotiv* en las nociones sucesivas de “monomanía”, “locura lúcida”, “automatismo psíquico”, “desdoblamiento de la personalidad”, “conversión histérica”, “despersonalización”, “disociación esquizofrénica” etc. (Huertas, 2012, p.63).

Pues bien, Esquirol ubica el problema de las obsesiones en este ámbito de las monomanías: la idea fija, la locura parcial y “con conciencia”. Como hemos visto, Mademoiselle F. era consciente de que sus pensamientos eran absurdos pero irresistibles y que sus rituales eran absurdos pero inevitables. Sin embargo, en el caso concreto de las obsesiones, Esquirol no acierta a identificarlas con un tipo concreto de monomanía: intelectual, afectiva o volitiva. De hecho, reconoce que esta manía razonante – en términos pinelianos – que Mademoiselle F. encarna puede interpretarse como una “lesión de la inteligencia”, o como una “perversión de la costumbre, del carácter y de los afectos”, pudiendo complicarse con lipemanía. En cualquier caso, e independientemente de que la observación clínica de Esquirol pueda y deba considerarse la descripción *princeps* del trastorno obsesivo, no cabe duda que abre un camino nosológico en el que la obsesión aparece como el síntoma más privilegiado. De manera similar a las alucinaciones, cuya consideración de síntoma también se debe a Esquirol (Lantéri-Laura, 1991; Álvarez, Estévez, 2001), las obsesiones fueron objeto de aportaciones muy significativas por parte de destacados alienistas a lo largo del siglo XIX. Algunos, haciendo alusión directa al caso de Mademoiselle F., como Maximilien Parchappe (1851a, 1851b, 1851c), que siguió insistiendo en la existencia de una “idea fija” en los pacientes obsesivos, concepto que también es retomado por Louis-Victor Marcé (1862, p.355):

Cuando las monomanías sobrevienen lentamente, debutan en general, con una idea fija. En un individuo predispuesto, débil de carácter, debido a una sensibilidad viva, una palabra, una emoción, un temor, un deseo dejan un día una impresión profunda. El pensamiento nacido de esta manera se presenta en el espíritu de un modo inoportuno, no desaparece nunca, le obsesiona, domina todas sus concepciones; durante algún tiempo el individuo puede tener conciencia de que esta idea es absurda, poco razonable o criminal: busca superarla, lucha contra ella y queda durante meses o incluso años enteros en un estado de angustia moral que elimina la libre dirección de sus actos y de su voluntad.

Si bien Marcé (1862, p.359) parece abrir nuevos derroteros psicopatológicos cuando apunta por primera vez que las ideas fijas que obsesionan no son más que los prolegómenos del delirio de persecución. Como se sabe, el delirio de persecución había sido descrito por Ernest-Charles Lasègue (1852) a partir de sus observaciones en el *Dépôt*, en el Depósito Municipal de Alienados de París (que más tarde se convertiría en la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía de París). Tomando algunos casos de Lasègue, Marcé (1862, p.360) llega a afirmar que

una vez que el delirio parcial está organizado y sistematizado, se presenta con una tenacidad desesperante: el enfermo interpreta todas las palabras, todas las acciones, hasta las más insignificantes, en el sentido de sus falsas convicciones. Se puede discutir con él, demostrarle que está en un error. En vano se agotan sus argumentos ... el alienado combate, resiste y mantiene sus convicciones con una inquebrantable obstinación.

Un derrotero psicopatológico que apunta a los delirios de interpretación y a la paranoia. No en vano, Paul Sérieux y Joseph Capgras (1909), en su *Les folies raisonnantes: le délire d'interprétation*, que siguen considerando dentro de las "locuras razonantes", reconocen su deuda con Esquirol, con Lasègue o con Marcé, entre otros.

Pero esto es un itinerario psicopatológico, suficientemente conocido, que prefiero dejar aquí para retomar el hilo desde la llamada *folie du doute*, expresión que utiliza por primera vez Jean-Pierre Falret,<sup>2</sup> y que va a tener un éxito indiscutible hasta convertirse en uno de los rasgos clínicos característicos de las obsesiones. Bénédicte-Augustin Morel, al que luego volveremos, en su *Traité de maladies mentales* (1860), describe el caso de una mujer con una "dolorosa incertidumbre ... neutralización absoluta de la facultad de decisión" (Morel, 1960, p.246-247). Un año más tarde Ulysse Trélat, en *La folie lucide* (1861), aporta observaciones que muestran una gran variedad de cuadros obsesivos, pero es Jules Falret (hijo de Jean-Pierre) el que en 1866, en el marco de un debate sobre la locura razonante en la Société Médico-Psychologiques (Falret, 1866), y más tarde en sus *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (1890), distingue entre "hipocondría moral" y una "alienación parcial con predominio de miedo al contacto de objetos exteriores". Los pacientes con hipocondría moral tendrían un fondo de melancolía, "una disposición general a verlo todo negro y postración de fuerzas físicas e intelectuales". La duda es también muy característica: "ellos quieren y no quieren" y, según Jules Falret (1890, p.508), pueden llegar a tener delirios de ruina, culpabilidad o persecución. Por el contrario, la segunda categoría propuesta, la "alienación parcial con predominio de miedo al contacto de objetos exteriores", es titulada *folie du doute et folie du toucher* y es descrita como una "variedad de enfermedad mental con delirios parciales activos y expansivos, y no melancólicos", con lo que se invoca de nuevo la autoridad de Esquirol y se alude a Mademoiselle F.: "Esquirol ha reportado una observación muy interesante, bajo el título de monomanía razonante, y este ejemplo contiene por sí solo la mayor parte de las características de esta variedad de enfermedad mental" (Falret, 1890, p.511). En este mismo debate sobre las locuras razonantes y en el contexto de la discusión sobre la responsabilidad de los alienados, Louis Delasiauve (1866, p.431) utilizó por primera vez el término "obsesión mórbida".

Como puede verse, a pesar de que la historiografía identifica un declive del concepto de "monomanía" en los años centrales del siglo XIX, producto de un profundo debate sobre su existencia (Goldstein, 1987), lo cierto es que la influencia esquiroliana y el modelo de la monomanía se mantuvieron durante largo tiempo conviviendo con otros paradigmas psiquiátricos, como el degeneracionismo con toda su impronta organicista.

Sin embargo, el modelo de la monomanía, y concretamente de la monomanía intelectual, no era capaz de explicar el enorme correlato emocional presente en la mayoría de los casos descritos. Bénédicte-Augustin Morel (1857), autor que formuló la teoría de la degeneración en la especie humana, objeto de diversos estudios en las últimas décadas (Huertas, 1987, 1992; Pick, 1989; Campos, Martínez, Huertas, 2000; Serpa, 2010; Caponi, 2012), introdujo

el concepto de “delirio emotivo” (*délire émotif*) en un importante trabajo en el que criticaba la concepción intelectual de las obsesiones pues, a su juicio, no debían ser consideradas alteraciones del espíritu, señalando el papel de la angustia y su correlato de disfunciones vasomotoras, digestivas etc. que apuntaban a localizaciones somáticas, y concretamente, al sistema nervioso ganglionar-visceral (Morel, 1866). Como se sabe, en el pensamiento de Morel, la herencia desempeña en papel fundamental en la etiología de los trastornos mentales y las obsesiones no constituyeron una excepción.

Pero es, sin duda, Henri Legrand du Saulle quien, en 1875, consolida definitivamente toda esta tradición del alienismo francés en torno a las obsesiones. Su monografía *La folie du doute (avec délire du toucher)* recoge y actualiza todo el pensamiento psicopatológico aportando 27 observaciones clínicas. Considera el trastorno más frecuente en mujeres, en clases altas y en sujetos con una personalidad excesivamente exigente o rígida. Establece tres etapas: en la primera se produce una disposición de la inteligencia para volver, sin cesar, sobre las mismas ideas y los mismos actos para sentir la necesidad constante de repetir las mismas palabras o realizar las mismas acciones:

Los pacientes están en un estado de vacilación interior constante, y son impotentes para detener esta incesante labor de su pensamiento ... Les falta confianza en sí mismos, comprueban varias veces todo lo que hacen y no hacen nada sin tomar infinitas precauciones. Algunos, viven atormentados por los escrúpulos religiosos, se avergüenzan de las ideas que pasan por su mente y soportan una gran culpa interior. Los pacientes pueden permanecer durante muchos años en este primer período, a veces con remisiones largas entre los paroxismos que pueden durar varios meses (Legrand du Saulle, 1875, p.12).

En la segunda etapa aparece ya el delirio de contacto:

él tiene miedo de tocar las monedas y siempre se pone guantes para recibir o dar de oro o plata, los objetos brillantes metálicos le asustan, sólo toca el picaporte de una puerta o la falleba de una ventana después de envolver la mano con un pañuelo o con la falda de la chaqueta! Le pregunté y me dijo que temía ser acusado de apropiarse de algunos valores de oro o plata, que teme que la suciedad de los objetos antes mencionados y que su deseo es evitar el contacto con sustancias tóxicas o nocivas (Legrand du Saulle, 1875, p.20).

El caso, como vemos, es una vez más muy similar al descrito por Esquirol, aunque se describe también el ritual del lavado de manos, la incapacidad para tocar animales o, incluso, ideas suicidas, raramente llevadas a la práctica. Especial importancia tiene la alusión a síntomas somáticos y a la carga emocional del cuadro clínico:

Después de una intensa contención de la mente, de múltiples interrogantes y largas amonestaciones dirigidas a sí mismos y por sí mismos, después de padecer angustias y de comprobar que sus temores son ridículos, sienten, en algún momento, una especie de sensación vaga, confusa, indefinible, que, partiendo del epigastrio, tiene ramificaciones enterálgicas profundas e irradiación a todo el sistema nervioso cerebroespinal. Se les ve ir y venir, no permanecer en ningún lugar, quejándose del calor, acusando dolores de cabeza, dolor de espalda, pérdida de apetito, insomnio y diarrea. Están cubiertos de sudor, su tráfico es un caos, el ruido les irrita, las miradas les importunan, las palabras



de los demás les exasperan, ... la ansiedad está en su apogeo, y las lágrimas, espasmos, sollozos, crisis semi-sincopales y la emoción turbulenta terminan por constituir un cuadro morboso real (Legrand du Saulle, 1875, p.24).

Finalmente, en la tercera etapa, los pacientes todavía gozan de una conciencia perfecta, pero pierden todo instinto social, se niegan a recibir el mundo y salir de sus casas, viven casi exclusivamente con sus ideas y sus temores. La ansiedad aumenta y toma un carácter confuso pero nunca evoluciona hacia la demencia.

Con vemos, Legrand du Saulle recoge la tradición clínica de Esquirol y de Falret, describiendo los síntomas más sobresalientes (la duda, el delirio de contacto), pero acepta la propuesta de Morel de entender las obsesiones como un trastorno de las emociones. Esta concepción de las obsesiones como un trastorno emocional, hacia la que fue decantándose el alienismo francés, contrasta con la de los autores alemanes, más partidarios de considerarlas como alteraciones del pensamiento y no de las emociones. Wilhelm Griesinger (1868) describe algunos casos similares a los descritos como *maladie de doute* por los franceses; esto es, sujetos con obsesiones definidas como “rumiaciones” o como “manía cavilatoria”, pero considerándolas siempre como un “deterioro de las ideas”. Por su parte, Carl Friedrich Otto Westphal (1877) diferenció las obsesiones de los delirios, destacando su carácter egodistónico (locura de duda); compulsivo (delirio de contacto) e impulsivo, e insistiendo en su carácter intelectual. Para este autor, la idea obsesiva (fija, irresistible, imperativa) sería primaria y el estado emotivo no sería más que una reacción contingente a la irrupción de la misma.

### La impronta del degeneracionismo

Volviendo a los franceses, la descripción de Legrand du Saulle es, sin duda, una de las más elaboradas, considerada en su momento una obra de referencia obligada. Antoine Ritti (1879) la toma como hilo conductor para su entrada en el *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, editado por Amédée Dechambre, pero incorporando elementos procedentes del degeneracionismo, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos etiológicos: predisposiciones hereditarias (identificando pacientes con antecedentes familiares neuropáticos diversos); causas accidentales, desde infecciones agudas (viruela, cólera, tifoidea) o excesos venéreos (onanismo), pero sin el origen moral: grandes emociones, miedo intenso, situaciones de inquietud más o menos razonables que se enquistan y sobre los que se pierde todo control.

Por su parte, Valentín Magnan y Paul Maurice Legrain, en una pequeña pero importante monografía, situaron dentro de los llamados “estados degenerativos” las “locuras conscientes con base de obsesión, impulsión o inhibición. Síndromes episódicos”. Tan importante, desde el punto de vista clínico y conceptual, resulta la identificación de dichos síndromes episódicos que ya desde el mismo título del libro, Magnan y Legrain les otorgan un protagonismo muy especial: *Les dégénéres: etat mental et syndromes épisodiques* (1895).

En los degenerados, sobre un substrato mental desequilibrado, sobrevendrían inevitablemente accidentes agudos o síndromes episódicos que se dividen en obsesiones, impulsiones y accesos delirantes. Son los síndromes episódicos, los que constituyen la base clínica fundamental de la degeneración. Dos fenómenos mórbidos: las obsesiones y las impulsiones

aparecen como la expresión final del desequilibrio del individuo degenerado. Para Magnan y Legrain (1895, p.138):

Toda manifestación cerebral de orden intelectual o afectiva que se imponga a la consciencia, a pesar de los esfuerzos de la voluntad, interrumpiendo así por algún tiempo o intermitentemente el curso regular de las operaciones intelectuales es una “obsesión”. Todo acto cometido conscientemente, pero que no ha podido ser evitado por un esfuerzo de la voluntad es una “impulsión” (énfasis del original).

Es decir, la obsesión es a la idea lo que la impulsión es al acto. Además, según estos mismos autores, la obsesión puede existir aislada, mientras que la impulsión aparece, habitualmente, como “conclusión” o como punto final de una serie de obsesiones. Los dos fenómenos están, pues, íntimamente relacionados cuando el pensamiento se transforma en acto y son consecuencia de la ruptura del equilibrio “normal” entre las funciones psíquicas y orgánicas.

Una característica importante, tanto de las obsesiones como de las impulsiones, es que el sujeto que las padece permanece con la consciencia intacta, por lo que su imposibilidad de controlar unas y otras, por mucho que su voluntad intente resistirse a ellas, conlleva una “tortura moral” que les produce un gran sufrimiento. Las definiciones que, finalmente, se proponen para ambas categorías resumen perfectamente su sentido clínico:

La “obsesión patológica” es un síndrome mórbido caracterizado por la aparición brusca de una idea o un grupo de ideas que se imponen a la consciencia lúcida bajo forma de paroxismos que interrumpen durante algún tiempo el curso normal de asociaciones de ideas, a pesar de los esfuerzos de la voluntad, cuya impotencia se traduce por una angustia y un sufrimiento moral intensos.

La “impulsión patológica” es un síndrome mórbido caracterizado por una acción o una serie de acciones cometidas por un sujeto lúcido y consciente, sin la intervención de la voluntad, cuya impotencia se traduce por una angustia y un sufrimiento intensos (Magnan, Legrain, 1895, p.150; énfasis del original).

De todas formas, la cuestión es más compleja de lo que parece porque de la misma forma que, en un momento dado, se hizo necesario diferenciar obsesión de delirio, también resultó ineludible distinguir entre impulsión y compulsión. La noción de la famosa “idea fija” aparecía como “antepasado común” (Berrios, 1996, p.193), pero pienso que ésta acabó, en buena medida, reservándose para definir las obsesiones (Buccola, 1880). Algunos autores, como Henri Dagonet (1872, p.15), habían abordado esta problemática al retomar la noción de “locura impulsiva” (*folie impulsive*) en la que incluía un amplio conjunto de síntomas: fobias, tendencias homicidas y suicidas, determinadas conductas maníacas o crisis epilépticas, aunque concluye que cualquier forma de locura podría cursar con impulsiones violentas irresistibles que implicaban una falla de la voluntad y que podían ser primarias o secundarias a alucinaciones, delirios o emociones intensas. Dentro de estas locuras impulsivas, Dagonet (1872, p.20) incluyó también aquellos trastornos en los que “cuanto más se trata de descartar una idea, más se impone ésta sobre la mente; cuanto más se lucha por liberar de una emoción o tendencia, más fuerte se vuelve ésta”.

Fue, sin embargo, Victor Bourdin (1896, p.238-239) el que matizó las diferencias conceptuales entre diversos tipos de impulsiones, clasificándolas en conscientes, inconscientes,

mixtas y falsas. Solo las primeras, las conscientes, serían secundarias a las obsesiones (las compulsiones); las inconscientes ni siquiera serían recordadas por los pacientes, como en el caso de las impulsiones comiciales; las mixtas serían una combinación de ambas y serían propias de la locura histérica; y, finalmente, las falsas (o pseudoimpulsiones) serían secundarias a un delirio o una alucinación.

Los síndromes episódicos descritos por Magnan y Legrain incluían, pues, las obsesiones y las impulsiones conscientes, pero también ciertos “accesos delirantes” como los *bouffées delirantes des dégénérés* que designaban un tipo de delirio agudo – un “arrebato” delirante – caracterizado por un delirio súbito con cambios notables de humor, insomnio, que remitían tan bruscamente como habían comenzado. Dichos estados delirantes eran, además, “polimorfos” y desorganizados, tanto por la variedad de sus contenidos como por la diversidad de mecanismos (alucinatorios, interpretativos, pasionales, imaginativos etc.) que los diferenciaban de los delirios considerados “sistematizados” por poseer una organización interna, una invariabilidad temática y una primacía en su mecanismo (Álvarez, 1996). Así pues, obsesiones, impulsiones y accesos delirantes no eran, para estos autores, más que presentaciones episódicas de psicosis de los degenerados que terminan identificándose con “estigmas psicológicos” (Ladame, 1890).

La visión “psicopatológica” que Magnan y Legrain ofrecen de dichos síndromes episódicos tiene importancia porque, aunque insisten en aspectos somáticos y biológicos muy evidentes, como la herencia o los estigmas físicos, destacan también características psíquicas y de comportamiento que permiten afinar un poco más en la comprensión de la enfermedad mental. Una cosa es que los síndromes episódicos de los degenerados se relacionaran causalmente con un automatismo cerebro-medular – de innegable raigambre anatomoclínica – y otra bien distinta es que la clínica de la locura consistiera exclusivamente en la presencia o no de estigmas físicos. La somatización del alma constituyó un proceso complejo en el que los argumentos organicistas más o menos burdos fueron perfectamente compatibles con aproximaciones psicopatológicas algo más elaboradas. El “estado moral” de los pacientes fue objeto de las descripciones de los clínicos: el estado lúcido de la consciencia, el dolor moral, la angustia – acompañada de síntomas físicos, más o menos floridos: fenómenos vasomotores y dolorosos (palpitaciones, cardialgia, cefalea, temblores, sudoración etc.) – la incapacidad inhibitoria de la voluntad, la tendencia a la repetición etc. son características comunes de todos estos síndromes. Ahora bien, sus contenidos reales – sus manifestaciones externas – difieren hasta tal punto que su presencia, como formas clínicas determinadas, puede rastrearse en las diversas nosografías. La lista es amplia y variada, y en ella se incluyen las viejas monomanías descritas por Esquirol: dipsomanía, piromanía, cleptomanía, impulsión homicida y suicida, erotomanía etc. susceptibles ahora de una lectura algo diferente. A estas “monomanías volitivas”, convertidas en impulsiones, se añaden las fobias: agorafobia (Westphal, 1871), claustrofobia, topofobia, cleptofobia etc., así como los cuadros ya comentados y definidos como delirio de duda, delirio de tocar y los síndromes de repetición: ecolalia, coprolalia etc. Recuérdese la onomatomanía, descrita por Charcot y Magnan (1885), o la asociación de ecolalia, coprolalia e incoordinación motora aislada por Gilles de la Tourette (en 1885) como una entidad clínica diferenciada.

## Las obsesiones en el *fin-de-siècle*

En fin, otros muchos autores se ocuparon del problema de las obsesiones: Benjamín Ball (1892), Jules Séglas (1895) dedicaron páginas muy interesantes al problema de las obsesiones desde el punto de vista clínico. También fueron relacionadas con nuevas patologías como la neurastenia (Beard, 1869), de la que Freud acabará separando la neurosis de angustia en 1895 (Freud, 1967, p.180-192), o como la psicastenia de Pierre Janet, en la que se retoma, siguiendo fundamentalmente a Albert Pitres y Emmanuel Régis (1902), la dimensión emocional de las obsesiones (Janet, 1889, 1903). Contemporáneo de Freud, discípulo de Théodule Ribot (Dagfal, 2002) y admirador de Maine de Biran (Azouvi, 1995; Goldstein, 2005, p.156 y s.), pero influido también por la jerarquía de las funciones cerebrales de John Hughlings Jackson (Rouart, 1950), una de las principales preocupaciones de Janet fue describir el componente psicológico de la angustia (*angoisse*) (Fouks, Potiron, Moukalou, 1986). En 1903 apareció la primera edición de *Les obsessions et la psychasthénie*, donde, siguiendo el modelo de la histeria – sin duda la gran construcción cultural de aquel *fin-de-siècle* – diferenció dos grupos de síntomas en los psicasténicos: las ideas obsesivas (con sus preocupaciones, escrúpulos, ritos de repetición, dudas etc.) (Janet, 1903, p.64 y s.) y las agitaciones forzadas (*agitations forcées*) que dividió en mentales (manías de interrogación, precaución, reparación, perfección etc.), motoras (tics, crisis de agitación) y emocionales (angustias y fobias) (p.112 y s.). Junto a estos síntomas, Janet describe una serie de “estigmas psicasténicos” (inspirados en los estigmas histéricos de Charcot), entre los que destacan insuficiencias fisiológicas (cefaleas, trastornos gastrointestinales, urinarios, genitales) y psicológicas (abulia, inquietud, timidez, afectividad superficial y egocéntrica), pero sobre todo el sentimiento de no estar completamente realizado (*sentiments d'incomplétude*), expresión de una autocrítica peyorativa, un reconocimiento subjetivo de sus propias insuficiencias que, llevado al extremo, podrían tomar la forma de sentimientos de irrealidad o de despersonalización (p.270).

Así pues, desde una perspectiva más teórica que clínica, Janet incluyó en la llamada psicastenia un conjunto amplio de síntomas entre los que además de las obsesiones, situó el sentimiento de pánico, las fobias, los tics e, incluso, algunos estados hipocondríacos o confusionales (Pitman, 1984; Lantéri-Laura, 1994; Zorzanelli, 2010). Pero quizá lo más destacable, en relación con la psicastenia, es que, desde el punto de vista de la historia cultural, se trata de un concepto que surgió a partir de la noción de neurastenia (Gijswijt-Hofstra, Porter, 2001) y, en cierto modo, aprovechó el modelo de la histeria para su descripción y desarrollo en un momento en el que los discursos médicos sobre estas patologías estuvieron sometidos a las mentalidades, los códigos y los valores *fin-de-siècle* (Edelman, 2003). Así, la decadencia, la sensación de angustia social, el temor a cambios inminentes e inabordables dieron forma a un “espíritu de época” que propició la aparición de nuevas enfermedades como resultante de vectores nosológicos y culturales que favorecieron su descripción científica y su visibilidad social,<sup>3</sup> permitiendo integrar, como ya hemos explicado, los síntomas obsesivos en entidades patológicas más complejas y, en ocasiones, excesivamente generales.

En definitiva, creo que podemos afirmar que si bien contamos con descripciones clínicas bastante precisas de las obsesiones en el marco del alienismo decimonónico destacando, a mi juicio, las de Esquirol y Legrand du Saulle, el síntoma obsesivo convivió y estuvo

atravesado por otros cuadros de ansiedad, como las fobias o la locura impulsiva, hasta que Freud reelaboró dichos conceptos, proponiendo una organización diferente de los mismos y proporcionando una nueva mirada hacia las neurosis. El psicoanálisis, surgido también en el marco del referido “espíritu de época” (*Zeitgeist*), en el tránsito del siglo XIX al XX, aportó novedades muy significativas.

A la ya citada separación de la neurosis de angustia de la neurastenia (1895), hay que añadir *La neuropsicosis de defensa* ([1894] 1967), en la cual Freud agrupa las fobias, las representaciones obsesivas y la histeria en una nueva categoría nosográfica: las “neuropsicosis”, a las que no considera enfermedades corporales, sino trastornos mentales producidos a partir de un mecanismo común: un “mecanismo de defensa” (del que más tarde derivará el concepto de “represión”) (Freud, 1967, p.173-180). En *Obsesiones y fobias* ([1894] 1967) separa estas categorías en dos neurosis bien diferenciadas: en ambos existirían siempre dos elementos, a saber: una “idea” que se le impone al paciente y un “estado emotivo” asociado, mientras que en las fobias ese estado emotivo asociado es siempre de angustia, en las obsesiones puede ser de ansiedad, duda, arrepentimiento etc.; a su vez, el estado emotivo permanecería inalterable, pero la “idea” puede cambiar. De hecho, en las obsesiones la idea que está en el origen de las mismas (en general de naturaleza sexual) cambia, es sustituida, reemplazada, bien por otra idea, bien por actos más o menos compulsivos que, aun siendo vividos como absurdos o grotescos, sirven de alivio o de mecanismo protector (Freud, 1967, p.200-204).

Estas nociones irán matizándose en escritos posteriores, como *Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa* ([1896] 1967) o *Análisis de un caso de neurosis obsesiva* (El hombre de las ratas) ([1909] 1968), donde Freud narra el caso de Ernst Lanzer, describiendo sus síntomas obsesivos como también el desencadenante (de contenido sexual) del cuadro clínico y algunas reflexiones psicopatológicas (la hostilidad reprimida hacia seres queridos) (Freud, 1968, v.2, p.715 y s.). Finalmente, en *La disposición a la neurosis obsesiva* ([1913] 1967), Freud da cuenta de la evolución teórica de sus planteamientos en torno a la génesis de la neurosis obsesiva y en el marco de la reflexión sobre la “elección de neurosis”. Así, la idea de que la histeria se hallaba condicionada por la pasividad y la neurosis obsesiva por la actividad del sujeto en sus experiencias sexuales infantiles fue pronto sustituida por una teoría cronológica en la que las formas patológicas histéricas podrían ser observadas en la primera infancia, mientras que los primeros síntomas de la neurosis obsesiva podrían aparecer también en la niñez pero a una edad algo más avanzada (entre los seis y los ocho años). Una variante de dicha teoría cronológica contemplaba una sucesión de “lugares de fijación”, en los que el desarrollo psicosexual puede quedar detenido y hacia los cuales sería posible una regresión en caso de “enfermedad por perturbación exterior” (Freud, 1967, p.990).

La obra de Freud supone un cuestionamiento del positivismo y el organicismo psiquiátrico. En el caso de las obsesiones, éstas quedan separadas de la neurastenia y de los estados degenerativos para ser interpretadas desde una concepción dinámica. A partir de la obra de Freud se abre, pues, un camino diferente y fuertemente innovador desde el punto de vista nosográfico (May-Tolmann, 1998), pero también psicopatológico e historiográfico. Tal aportación merece, obviamente, un análisis específico que se sale de los objetivos de este ensayo.

## Consideraciones finales

En las páginas precedentes, me he centrado en los aspectos clínicos de las obsesiones a lo largo de un cierto recorrido histórico. Si bien ha quedado apuntada la relación entre su desarrollo conceptual y el contexto socio-político y cultural, merece la pena una última reflexión al respecto que amplíe y matice dicha perspectiva. Además de la incuestionable importancia de las creencias religiosas y de su gestión individual y colectiva en la comprensión cultural de los síntomas obsesivos, no podemos dejar de insistir en la importancia de los cambios sociales a partir de las revoluciones burguesas. Para el caso francés, en el que nos hemos centrado, parece evidente que la medicalización de las obsesiones, mediante su asimilación al modelo de la monomanía, surge en el momento en el que en la Francia post-revolucionaria tiene lugar el afianzamiento definitivo del poder burgués y el modo de producción capitalista. Es en este contexto en el que hay que ubicar la obra de Esquirol, cuya estela, al menos en aspectos concretos de su obra, se mantuvo hasta bien avanzado el siglo XIX. La locura como “enfermedad de la civilización”, en las que las revoluciones, el progreso y, en general, los cambios sociales y políticos, consiguen estimular la imaginación y desatar las pasiones, está muy presente en el primer alienismo y se adapta bien a la ideología conservadora encaminada a mantener el orden que la restauración monárquica estaba imponiendo (Huertas, 1991, p.15). No deja de resultar significativo que las primeras descripciones de los síntomas obsesivos realizadas en este contexto tengan relación con la actividad comercial o con el dinero – o con la pérdida del mismo (delirio de ruina) –, en un momento en el que “el derecho a la propiedad” aparecía como uno de los “valores” centrales del nuevo orden económico introducido por las revoluciones burguesas y que fue totalmente asumido durante el romanticismo y el positivismo (Huertas, 1991, p.22).

Hace ya varias décadas, Klaus Dörner (1974, p.201) propuso el término “positivismo psiquiátrico-sociológico” para indicar que la consideración de la locura como enfermedad corporal, como enfermedad del cerebro, no llegó a desplazar el interés por los condicionamientos psico-sociales. Así ocurre, una vez más, con Esquirol para quien el fracaso de las instituciones educadoras – Familia, Iglesia, Estado – desencadenaría la locura y el caos social (Dörner, 1974, p.213). También ocurre con autores posteriores como los degeneracionistas. La teoría de la degeneración irrumpe para ofrecer explicaciones etiológicas y patogénicas que, si bien tienen un marcado sesgo organicista, no olvidan – tal como hemos visto ocurre con las obsesiones – elementos psicopatológicos y socio-culturales impregnados, estos últimos, de ese pesimismo antropológico que caracterizó la doctrina degeneracionista y que, en buena medida, surgió en paralelo a la sensación de decadencia social y fracaso nacional que motivó el desastre de Sedán y la caída del Segundo Imperio (Huertas, 1987; Pick, 1989). Precisamente, una noción de profundo declive social dominó los sentimientos y valores *fin-de-siècle*, una contradictoria época en la que la expansión de una Europa imperialista, el auge del capitalismo, la fe en un progreso ilimitado y la aparente opulencia de la llamada *Belle Époque*, convivieron con la cuestión social y con una impresión de decadencia y de temor ante posibles cambios radicales de la sociedad que solo tuvieron lugar tras la Primera Guerra Mundial (Tuchman, 2007). Con este telón de fondo, la neurastenia o la psicastenia encontraron terreno abonado para su formulación. La angustia social o el sentimiento *d'incompletude*, descrito por Janet, se relaciona

directamente con el ya aludido “espíritu de época”. Asimismo, la histeria, como hemos visto, se convirtió en el modelo para interpretar determinados síntomas, como los obsesivos, pero la histeria constituyó también el punto de partida de esa nueva y revolucionaria forma de entender y abordar la psique humana que supuso el psicoanálisis y que tuvo, en el caso de la neurosis obsesiva, importantes y tempranos desarrollos teóricos.

El concepto dinámico de “neurosis obsesiva” fue afianzándose a lo largo del siglo XX para, como indicábamos al comienzo de este ensayo, ser sustituido en el último tercio del mismo por categorías más acordes con las realidades socio-económicas y con el pensamiento hoy día hegemónico en el ámbito *psi*; esto es, una psiquiatría biológica, una psicología conductista y una psicopatología estadística. Sirvan estas páginas como propuesta epistemológica en torno a la necesidad de pensar históricamente determinadas cuestiones psicopatológicas (incluso anteriores a Freud) que nos permitan valorar el peso innegable tanto de la clínica clásica, como de los elementos sociales y culturales que, en muy buena medida, contribuyen a elaborar (o construir) las categorías diagnósticas.

#### AGRADECIMIENTO

Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2009-13389-C03-02, Ministerio de Ciencia e Innovación, España.

#### NOTAS

<sup>1</sup> En esta y en las demás citas literales de textos publicados en otros idiomas la traducción es libre.

<sup>2</sup> Así lo asegura su hijo Jules Falret (1890, p.511), aunque no he encontrado ningún texto de Jean-Pierre Falret donde se utilice el término.

<sup>3</sup> Sobre el modelo “vectorial” en la aparición de “nuevas enfermedades”, véase Hacking (1998). Un análisis de las propuestas de este autor, puede verse en Moscoso (2001) y Huertas (2011, 2012, p.102 y s.).

#### REFERENCIAS

- ABRAMOWITZ, Jonathan S. et al.  
Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*, v.20, n.2, p.70-76. 2004.
- ADAM, Rodolphe.  
*Lacan y Kierkegaard*. Traducción Viviana Ackerman. Buenos Aires: Nueva Visión. 2007.
- AGUSTÍN, san.  
*Confesiones*. Madrid: Gredos. 2010.
- ÁLVAREZ, José María.  
Límites de la concepción fenomenológica del delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v.16, n.58, p.257-276. 1996.
- ÁLVAREZ, José María; ESTÉVEZ, Francisco.  
Las alucinaciones: historia y clínica. *Frenia*, v.1, n.1, p.65-96. 2001.
- AMORÓS, Celia.  
*Søren Kierkegaard o la subjetividad del caballero*. Barcelona: Anthropos. 1987.
- AZOUVI, François.  
*Maine de Biran: la science de l’homme*. París: J. Vrin. 1995.
- BALL, Benjamin.  
Des obsessions en pathologie mentale. *Annales de Psychiatrie et d’Hypnologie*, v.2, p.1-15. 1892.
- BEARD, George.  
Neurasthenia, or nervous exhaustion. *Boston Medical and Surgical Journal*, v.3, n.80, p.217-221. 1869.
- BERCHERIE, Paul.  
*Les fondements de la clinique: histoire et structure du savoir psychiatrique*. Paris: Navarin. 1980.
- BERRIOS, German.  
*The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press. 1996.
- BERRIOS, German.  
Obsessive-compulsive disorders: its conceptual

history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, v.30, n.4, p.283-295. 1989.

BERRIOS, German; BEER, Dominique. The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*, v.5, n.17, p.13-26. 1994.

BOURDIN, Victor. De l'impulsion: sa définition, ses formes et sa valeur psychologique. *Annales Médico-Psychologiques*, v.54, n.3, p.217-239. 1896.

BUCCOLA, Gabriele. Sulle idee fisse e sulle loro condizioni fisiopatologiche. *Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale*, v.6, n.1-2, p.155-181. 1880.

BURTON, Robert. *Anatomía de la melancolía*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 3v. 1995.

CAMERON, Andrew. Augustine on obsessions. In: Rosner, Brian S. (Ed.). *The consolations of theology*. Edinburgh: Alban. p.27-49. 2008.

CAMPOS, Ricardo; MARTÍNEZ, José; HUERTAS, Rafael. *Los ilegales de la naturaleza: medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2000.

CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012.

CHARCOT, Jean-Martin; MAGNAN, Valentin. De l'onomatomanie. *Archives de Neurologie*, v.10, n.29, p.157-177. 1885.

DAGFAL, Alejandro. La naissance d'un conduite à la française: de Ribot à Janet. *L'Évolution Psychiatrique*, v.67, n.3, p.591-600. 2002.

DAGONET, Henri. Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. *Annales Médico-Psychologiques*, v.7, p.5-31, 215-259. 1872.

DAVIS, Lennard. *Obsessions: a history*. Chicago: The University of Chicago Press. 2008.

DELASIAUVE, Louis. De la folie raisonnée. *Annales Médico-Psychologiques*, v.32, n.7, p.426-431. 1866.

DIDEROT, Denis. Scrupule. In: Diderot, Denis; D'Alambert, Jean. *L'Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de*

*lettres*, v.14. Paris: Chez Briasson, David, Le Breton, Durand. p.815. 1765.

DÖRNER, Klaus. *Ciudadanos y locos: historia social de la psiquiatría*. Madrid: Taurus. 1974.

DUGUET, Jacques-Joseph. *Traité des scrupules, de leurs causes, de leurs espèces, de leurs suites dangereuses, par l'auteur du traité de la prière publique*. Paris: Estienne. 1717.

EDELMAN, Nicole. *Les métamorphoses de l'hystérique: du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*. Paris: La Découverte. 2003.

ESQUIROL, Jean-Etienne-Dominique. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*. Paris: Baillière. 2v. 1838.

FALRET, Jules. *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris: Baillière. 1890.

FALRET, Jules. *De la folie raisonnée ou folie morale; programme de questions à étudier, discours prononcé à la Société Médico-Psychologique dans séance du 8 janvier 1866*. Paris: E. Martinet. 1866.

FONTANA, Alexandre. Les intermittences de la raison. In: Foucault, Michel et al. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...* Paris: Gallimard-Julliard. p.333-350. 1973.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: PUF. 1963.

FOUKS, J.; POTIRON, G.; MOUKALOU, R. L'angoisse et l'anxiété dans la psychopathologie de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques*, v.144, n.5, p.461-471. 1986.

FREUD, Sigmund. Análisis de un caso de neurosis obsesiva [1909]. In: Freud, Sigmund. *Obras completas*, v.2. Madrid: Biblioteca Nueva. p.715-752. 1968.

FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v.1. Madrid: Biblioteca Nueva. 1967.

GARFF, Joakim. *Søren Kierkegaard: a biography*. Princeton: Princeton University Press. 2005.

GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke; PORTER, Roy (Ed.). *Cultures of neurasthenia from Beard to the first World War*. Amsterdam: Rodopi. 2001.

GILLES DE LA TOURETTE, Georges. Étude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice, accompagnée



d'écholalie et de coprolalie (Jumping, Latah et Myriachit). *Archives de Neurologie*, v.9, n.25, p.19-42. 1885.

GIRARD, René.  
Les obsessions avant Freud. *Confrontations Psychiatriques*, n.20, p.11-34. 1981.

GOLDSTEIN, Jan.  
*The post-revolutionary self: politics and psyche in France, 1750-1850*. Cambridge: Harvard University Press. 2005.

GOLDSTEIN, Jan.  
*Console and classify: the French psychiatric profession in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press. 1987.

GRIESINGER, Wilhelm.  
Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, v.1, p.626-635. 1868.

GUISLAIN, Joseph.  
*Leçons orales sur les phrénopathies*. Gand: L. Hebbelynck. 3v. 1852.

HACKING, Ian.  
*Mad travellers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville: University Press of Virginia. 1998.

HASLAM, John.  
*Observations on madness and melancholy*. London: J. Callow, Medical Bookseller. 1809.

HAY, Pau et al.  
Treatment of obsessive-compulsive disorder by psychosurgery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.87, n.3, p.197-207. 1993.

HOLLANDER, Eric et al.  
Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v.47, n.1, p.27-32. 1990.

HUERTAS, Rafael.  
*Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura*. Madrid: La Catarata. 2012.

HUERTAS, Rafael.  
En torno a la construcción social de la locura: Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v.31, n.111, p.437-456. 2011.

HUERTAS, Rafael.  
Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). *History of Psychiatry*, v.19, n.2, p.123-140. 2008.

HUERTAS, Rafael.  
*El siglo de la clínica: para una teoría de la práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia. 2005.

HUERTAS, Rafael.  
Nosografía y antinosografía en la psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v.19, n.68, p.63-76. 1999.

HUERTAS, Rafael.  
Madness and degeneration, 1: from "fallen angel" to mentally ill. *History of Psychiatry*, v.3, n.12, p.391-411. 1992.

HUERTAS, Rafael.  
Prólogo. Esquirol y la psiquiatría post-revolucionaria. In: Esquirol, Jean-Etienne-Dominique. *Memorias sobre la locura y sus variedades*. Madrid: Dorsa. p.11-23. 1991.

HUERTAS, Rafael.  
*Locura y degeneración, psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1987.

JANET, Pierre.  
*Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan. 1903.

JANET, Pierre.  
*L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Alcan. 1889.

KAUFMANN, Doris.  
*Aufklärung, Selbsterfahrung und die "Erfindung" der Psychiatrie in Deutschland, 1770-1850*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. 1995.

KIERKEGAARD, Søren.  
*Diario íntimo*. Madrid: Planeta. 1993.

KIERKEGAARD, Søren.  
*La enfermedad mortal*. Madrid: Guadarrama. 1969.

LADAME, Paul-Louis.  
La folie du doute et el délire du toucher. *Annales Médico-Psychologiques*, v.12, p.368-389. 1890.

LANTÉRI-LAURA, Georges.  
La psychasthénie: histoire et évolution d'un concept de P.Janet. *L'Encéphale*, v.20, n.3, p.551-557. 1994.

LANTÉRI-LAURA, Georges.  
*Les hallucinations*. Paris: Masson. 1991.

LASÈGUE, Charles.  
Du delire de persecution. *Archives Generales de Medicine*, v.28, p.129-150. 1852.

LEGRAND DU SAULLE, Henri.  
*La folie du doute (avec délire du toucher)*. Paris: Delahaye. 1875.

LOUGEE, Lorraine et al.  
Psychiatric disorders in first-degree relatives of children with paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with

streptococcal infections (Pandas). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.39, n.9, p.1120-1126. 2000.

LOYOLA, Ignacio, san. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. 1963.

MACFALL Miles E.; WOLLERSHEIM Janet P. Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioural formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, v.3, n.4, p.333-348. 1979.

MAGNAN, Valentin; LEGRAIN, Paul-Maurice. *Les dégénérés: état mental et syndromes épisodiques*. Paris: Rueff. 1895.

MARCÉ, Louis-Victor. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris: Baillière. 1862.

MAY-TOLZMANN, Ulrike. Obsessional neurosis: a nosographic innovation by Freud. *History of Psychiatry*, v.9, n.35, p.335-353. 1998.

MORA, George. The scrupulosity syndrome. *International Journal of Clinical Psychology*, v.5, p.163-174. 1969.

MOREL, Bénédict-Augustin. Du délire émotif: névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Archives Générales de Médecine*, série 6, n.7, p.385-402, 530-551, 700-707. 1866.

MOREL, Bénédict-Augustin. *Traité de maladies mentales*. Paris: Masson. 1860.

MOREL, Bénédict-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent des variétés malades*. Paris: Baillière. 1857.

MOSCOSO, Javier. Realidad o elaboración de la enfermedad mental. *Frenia*, v.1, n.2, p.131-144. 2001.

NELSON, Elizabeth A. et al. Scrupulosity in patients with obsessive compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, v.20, n.8, p.1071-1086. 2006.

NOVELLA, Enric. La política del yo: ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX. *Asclepio*, v.62, n.2, p.453-482. 2010a.

NOVELLA, Enric. Medicina, antropología y orden moral en la España del siglo XIX. *Hispania*, v.70, n.236, p.709-736. 2010b.

PARCHAPPE, Jean-Baptiste-Maximien. Symptomatologie de la folie. *Annales Médico-Psychologiques*, n.1, p.1-54. 1851a.

PARCHAPPE, Jean-Baptiste-Maximien. Symptomatologie de la folie. *Annales Médico-Psychologiques*, n.2, p.232-267. 1851b.

PARCHAPPE, Jean-Baptiste-Maximien. Symptomatologie de la folie. *Annales Médico-Psychologiques*, n.3, p.40-56. 1851c.

PELICIER, Yves. Introduction a la vie obsédée. In: Pelicier, Yves. *Colloque sur la névrose obsessionnelle suivi de l'intégralité du Traité des Scrupules de Jacques-Joseph Du Guet (1717)*. Paris: Pfizer. p.10-17. 1976.

PICK, Daniel. *Faces of degeneration: a European disorder (c.1848-c.1918)*. Cambridge: Cambridge University Press. 1989.

PITMAN, Roger K. Janet's obsessions and psychastenia: a synopsis. *Psychiatric Quarterly*, v.56, n.4, p.291-314. 1984.

PITRES, Albert; RÉGIS, Emmanuel. *Les obsessions et les impulsions*. Paris: Doin. 1902.

REYNGHE DE VOXRIE, G.V. Anafranil (G34586) in obsessive neurosis. *Acta Neurologica Belgica*, v.68, p.787-792. oct. 1968.

RITTI, Antoine. Folie de doute avec délire de toucher. In: Dechambre, Amédée (Ed.). *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, v.39, p.339-348. Paris: Masson. 1879.

ROUART, Julien. Janet et Jackson. *L'Evolution Psychiatrique*, v.25, n.3, p.485-501. 1950.

SASS, Louis. A. *Madness and modernism: insanity in the light of modern art, literature and thought*. New York: Basic Books. 1992.

SAURÍ, Jorge J. *Las obsesiones*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1983.

SAUSSURE, Raymond. The influence of the concept of monomania on french médico-legal psychiatry (from 1825-1840). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v.1, n.3, p.365-397. 1946.

SÉGLAS, Jules. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris: Hasselin et Houzeau. 1895.

SÉRIEUX, Paul; CAPGRAS, Joseph. *Les folies raisonnantes: le délire d'interprétation*. Paris: Félix Alcan. 1909.

SERPA JR., Octavio Domont de.  
O degenerado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.2, p.447-473. 2010.

SOLÉ PLANS, Sergi.  
El sujeto a la sombra de Kierkegaard: pasión y posibilidad como marco de la psicopatología en la primera mitad del siglo XIX. *Frenia*, v.10, n.1, p.145-166. 2010.

STAEUBLE, Irmingard.  
Psychological man and human subjectivity in historical perspective. *History of the Human Sciences*, v.4, n.3, p.417-432. 1991.

TAYLOR, Jeremy.  
*Ductor dubitantium*: or, the rule of conscience in all her general measures; serving as a great instrument for the determination of cases of conscience. London: Royson. 4v. 1660.

TORGERSEN, Sven.  
Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, v.40, n.10, p.1085-1089. 1983.

TRÉLAT, Ulysses.  
*La folie lucide*: étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société. Paris: Delahaye. 1861.

TUCHMAN, Barbara.  
*La torre del orgullo*: una semblanza del mundo antes de la Primera Guerra Mundial. Barcelona: Península. 2007.

WEISNER, Wain M.; RIFFEL, Pius Anthony.  
Scrupulosity: religion and obsessive compulsive behavior in children. *American Journal of the Psychiatry*, v.117, p.314-318. 1960.

WESTPHAL, Carl.  
Über Zwangsvorstellungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, n.8, p.734-750. 1877.

WESTPHAL, Carl.  
Die Agoraphobie: eine neuropatische Erscheinung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, n.3, p.138-171. 1871.

YARYURIA-TOBIAS, José Anibal.  
Obsessive compulsive disorder: a serotonergic hypothesis. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, v.6, n.4, p.317-326. 1977.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira.  
Psicastenia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.2, p.421-430. 2010.

