

Con esta curiosa historia á cuestras, púsose el enfermo bajo nuestra observación y asistencia.

En su idea obsesiva, organizada ya en sistema perfecto, constatamos los siguientes caracteres dignos de señalarse: es permanente, desde su aparición no ha habido intermitencias, no tiende á declinar, el enfermo no puede inhibirla oponiendo á su desarrollo otras ideas lógicas.

La idea obsesiva es evocada por todo género de asociaciones de ideas; si el enfermo ve un libro, un diario ó un tintero, impónesele la idea del «trabajo mental idiotizante», ocurriendo lo mismo si se le plantea cualquier cuestión en el diálogo corriente. La vista de un niño le evoca la de un vendedor de diarios y éste su idea obsesiva; una imprenta, un trozo de papel, una librería, un escritorio, pueden hacerle recordar su «trabajo mental idiotizante». Esta facilidad de asociación para evocar la idea obsesiva es causa de su mayor tristeza.

Si va de paseo, mil cosas tienen poder evocador. Para permanecer en su casa ha debido desterrar todo libro y útil de escritorio. La aparición de la idea se acompaña del temor de incurrir en el trabajo mental; la asociación de ideas es anterior al estado emotivo; la inseguridad de resistir al deseo de leer produce el estado de duda, que suele ser fundamental en las obsesiones de los psicasténicos.

No encontramos en este caso tendencia á la acción; pero el motivo es obvio: antes que de una obsesión impulsiva, se trata más bien de una obsesión inhibitoria; no hay temor de

hacer algo, sinó sentimiento de peligro é impotencia para hacer. Sin embargo, considerada en ese sentido inhibitorio, la obsesión se traduce también en acto, por cuanto impide en absoluto al enfermo la realización de cualquier trabajo mental, influenciando su conducta.

La tendencia á la alucinación, propiamente dicha, no existe, como se sostiene clásicamente desde Falret; pero tampoco encontramos las que Janet llama pseudo-alucinaciones ó alucinaciones simbólicas. Existen, sí, verdaderas representaciones del estado de imbecilidad temido, pues el enfermo, en los momentos de crisis, suele verse ya irremediabilmente caído en el idiotismo ó la demencia.

El carácter más importante de estudiar en este enfermo, y en todos los semejantes, es su grado de conciencia acerca de la naturaleza mórbida de sus ideas. A este respecto, digámoslo desde ya, no hay verdadera conciencia de ese carácter mórbido, sino un estado permanente de duda. Evidentemente; este enfermo que acude á un médico alienista, le manifiesta tener ciertas ideas que hacen infeliz su vida, que explica esas ideas distinguiéndolas de todas las demás, localizando en ellas su creencia de que son anormales, este sujeto tiene indiscutible conciencia del carácter patológico de su idea ó ideas obsesivas.

Hay más; este sujeto se guarda, con buen tacto, de hablar en sociedad de esas ideas, limitándose á aislarse y rumiar en la soledad sus concepciones mórbidas: precisamente por tener conciencia de este carácter. Sin em-

bargo no es posible afirmar que nuestro enfermo comprende la esencia absurda de sus ideas; si el sujeto tuviese tal seguridad no sería un enfermo, no persistiría en sus yerros, no sufriría por ellos, no le produjera su aparición trastornos graves de la emotividad. Si un sujeto normal pensara: «leyendo me imbecilizo», y comprendiera el carácter falso de esa idea, limitárase á desecharla y á sonreír de que pudiera habersele ocurrido; en cambio el psicasténico vive en conflicto consigo mismo, sin opinión definida acerca de sus ideas obsesivas, sin conciencia clara de su situación; vive, en una palabra, en estado de duda. Por una parte el enfermo cree, por otra critica su creencia; en él hay dos conciencias en conflicto, la una vigilando á la otra, rectificándose continuamente entre sí, predominando la creencia ó la crítica, según el momento de crisis ó de lucidez.

Cuando este enfermo decide consultarnos y nos refiere sus ideas obsesivas, evidenciando estar consciente de su falsedad, el espíritu de crítica prima sobre el de creencia; es lo que podríamos llamar: estado mental lúcido y consciente del psicasténico fuera de la crisis obsesiva. Pero si en seguida colocamos un libro abierto entre sus manos, conminándole á la lectura, la idea aparece y se acompaña de estado emotivo intenso que le impide leer, desapareciendo por consiguiente la conciencia de la falsedad de esa idea, y primando, á las claras, el espíritu de creencia sobre el de crítica; es lo que podríamos llamar: acceso obsesivo inconsciente del psicasténico.

En este caso vemos el estado oscilatorio de la conciencia, íntegra ó nula según los diversos momentos en que se la observe, arrastrada por la creencia ó iluminada por la crítica, pero con este carácter predominante y por todo concepto fundamental: *la duda*.

Esta falta de seguridad es atribuida por Janet al desarrollo incompleto de las ideas obsesivas, considerando que esa circunstancia capital determina la diferencia más fundamental entre las «ideas fijas»,—admitidas completamente por el espíritu del enfermo—y las «obsesiones», que permanecen perennemente incompletas, sin implicar nunca la convicción. Debemos advertir, de paso, que una vez admitido ese criterio diferencial, es más difícil precisar la diferencia entre la «idea fija» y la «idea delirante»; pero es cuestión que no podemos dilucidar en el presente estudio.

En torno de sus ideas obsesivas dos factores llenan el fondo del cuadro clínico: la rumiación mental, intensa, inagotable, base de su estado de duda, y los fenómenos emotivos accidentales que se producen en el momento de la crisis obsesiva.

Además de ellos, el enfermo presenta en alto grado el «sentimiento de incompletud», en el doble campo de la acción (sentimiento de dificultad para leer) y de las operaciones intelectuales (sentimientos de dificultad, insuficiencia, inestabilidad, ininteligencia, obscuridad, duda); no solo tiene el enfermo este sentimiento de que su actividad mental es incompleta, sino que exagera esa tendencia y la convierte en perjudicial para consigo mismo, formulando

en una frase paradógica su curiosa modalidad mórbida: «el trabajo mental idiotizante».

La síntesis clínica de los síntomas observados en este interesante enfermo, impone el diagnóstico de psicastenia, tanto por su génesis como por su evolución y sus caracteres clínicos. «Cuando un sujeto joven viene á confiar al médico que, á su propio pesar, se interroga angustiosamente sobre una cuestión, sabiéndola estúpida ó inútil, y se pregunta durante horas enteras» acerca de un tema cualquiera, en esos casos, dice Janet, no hay lugar á duda. Y si se trata de un sujeto como el nuestro, tampoco.

Tiene marcada herencia degenerativa; en la infancia es de pésimo carácter, con tristeza angustiosa y sueños terroríficos; pubertad tranquila, pero con profundo cambio del carácter; onanismo habitual; *ginofobia* permanente; emotividad mórbida; *trac de los examinados*, precedido por fenómenos oníricos que influyen sobre la conducta del sujeto y cuya simple evocación despierta intensos estados emotivos; manía aritmética y estadística; obsesión fóbica contra la «jettatura» y los «jettatores»; temor obsesivo de ajeno dominio sobre su voluntad; manía de la lectura; temor obsesivo de la neurastenia cerebral; desconfianza de sí mismo; obsesión final del «trabajo mental idiotizante».

Este cuadro es bastante rico y completo. En él encontramos las dos grandes características señaladas en la psicastenia.

Las ideas obsesivas presentan un aspecto inequívoco. Vienen acompañadas por los caracteres generales de las agitaciones forzadas: la rumiación intelectual y los estados angustiosos. Detrás de ellos encontramos los grandes estigmas psicasténicos: el sentimiento de incompletud, las insuficiencias psicológicas y fisiológicas, con la consiguiente pérdida de la función de lo real. Todo ello asentándose sobre el descenso generalizado de la tensión psicológica y nerviosa, evidenciado más que todo en los frecuentes cambios y oscilaciones del nivel mental, en la inestabilidad resultante de ello, y en la frecuente alternación de obsesiones, «manías mentales», fobias, sentimientos de incompletud, etc.

En nuestro caso el diagnóstico se confirma definitivamente por el estudio de la *evolución* del proceso patológico, que no puede ser más característico. Por ese motivo, el estudio de este caso complétase mediante la descripción de otros dos: el uno de «sifilofobia en un neurasténico» y el otro de «idea fija histérica», ambos perfectamente caracterizados. Ellos nos darán motivo para distinguir los diversos tipos nosológicos y su diagnóstico diferencial, reservando para la última parte de este capítulo las consideraciones relativas al pronóstico y el tratamiento de esta clase de enfermos.