



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Trabajo final de grado

Modalidad: Monografía

Consideraciones sobre la neurosis obsesiva en la obra freudiana

Estudiante: Cecilia Pallas Lorenzo

C.I: 4.422.454-1

Tutor: Prof. Agdo. Guillermo Milán Ramos

Fecha de entrega: 2/05/2016

Resumen

El presente trabajo monográfico tiene como objetivo realizar un abordaje de la neurosis obsesiva desde el punto de vista psicoanalítico, dirigiendo el análisis puntualmente a las investigaciones y desarrollos llevados a cabo por Sigmund Freud a lo largo de su obra.

A partir de un recorrido histórico se rastrearán los aportes pre freudianos en relación a la temática, específicamente los desarrollados por la psiquiatría del siglo XIX, para posteriormente introducir el tema de la neurosis obsesiva en la obra freudiana haciendo un seguimiento de las distintas variaciones que fue teniendo la teoría sobre la estructura psíquica en cuestión, hasta llegar a los últimos desarrollos elaborados por el autor.

Por último se presentará un abordaje del caso clínico del “Hombre de las Ratas”, articulando así los distintos elementos teóricos presentados a lo largo del trabajo en un caso de gran trascendencia para la literatura psicoanalítica y sumamente instructivo en el estudio de la neurosis en cuestión.

Índice

Resumen	1
Introducción	3
1.Acercamientos pre freudianos al tema de la neurosis obsesiva	
1.1 La psiquiatría en el siglo XIX.....	4
1.2 El estatuto de la psiquiatría	12
2.Neurosis obsesiva en la obra freudiana.	
2.1 Primeros acercamientos a la teoría.....	14
2.2 Nuevos conceptos y desarrollos.....	18
Regresión sádico-anal.....	18
El accionar obsesivo.....	20
2.3 Últimos desarrollos.....	22
Neurosis obsesiva desde la segunda tópica.....	22
Formación del síntoma.....	24
Dos técnicas alternativas del yo.....	25
3. A propósito de un caso de neurosis obsesiva. “El Hombre de las Ratas”.	
3.1 Inicio del análisis.....	27
3.2 La figura paterna.....	30
3.3 El simbolismo de las ratas.....	31
4. Consideraciones finales.....	34
5. Referencias bibliográficas.....	36

Introducción

Mi interés en escribir sobre la neurosis obsesiva radica en el importante lugar que esta estructura psíquica ocupa dentro de la teoría psicoanalítica. Al hablar de neurosis obsesiva se está haciendo referencia a una de las estructuras psíquicas más complejas, esta es “junto con la histeria, la segunda gran enfermedad neurótica de las clases de las neurosis”. (Roudinesco, 1998, p.739).

Su estudio y análisis resulta por demás cautivante. Fue el propio Freud quien en 1925 se refirió a esta estructura como “el objeto más interesante y remunerativo de la indagación analítica”. (Freud, 1925, p. 108).

En el presente trabajo se pretende describir los diferentes virajes del análisis de la neurosis obsesiva a lo largo de la obra freudiana hasta alcanzar descripciones y conceptualizaciones más acabadas.

Previamente se podrá visualizar los fuertes antecedentes presentes en la psiquiatría del siglo XIX, antecedentes que le servirán a Freud como punto de partida de su teoría.

Si bien Freud fue un gran crítico de los psiquiatras de su época, consideró a la psiquiatría como ciencia complementaria a su naciente teoría psicoanalítica.

Con la presentación del caso del “Hombre de las Ratas” será posible apreciar más allá de los desarrollos teóricos, el profundo padecer del enfermo. Un caso ilustrativo de la profunda lucha personal que significa el padecer de esta neurosis, de como la persona se transforma en esclava de sus propios pensamientos, tortuosos y aterrizantes, llevando adelante los más exóticos rituales para impedir inútilmente que estas ideas continúen perturbando su vida. Una frase expresada por el propio protagonista de este historial clínico descrito por Freud en 1909, manifiesta de forma sintetizada pero contundente el padecer del obsesivo. Éste expresó que “tenía un sentimiento ominoso, como si por fuerza habría de suceder algo si yo lo pensaba, y debía hacer toda clase de cosas para impedirlo” (Freud, 1909, p. 130).

A lo largo del trabajo se define un tipo de neurosis caracterizada esencialmente por el sufrimiento, donde las ideas obsesivas, la compulsión a la repetición de actos indeseados, la lucha continua contra los pensamientos invasores y tortuosos, junto con variedad de ceremoniales, así como también la duda y la culpa, dan forma a la neurosis obsesiva, estructura tan fascinante como atormentadora.

1. Acercamientos pre freudianos al tema de la neurosis obsesiva.

1.1 La psiquiatría en el siglo XIX

Antes que Freud comenzara con sus estudios sobre neurosis obsesiva, ya existían en la psiquiatría ciertos acercamientos referidos al estudio de las obsesiones que situamos como antecedentes en los comienzos de la elaboración de su teoría.

En el presente apartado haremos especial hincapié en aquellos autores y conceptos que específicamente constituyen antecedentes en la noción de neurosis obsesiva en psiquiatría.

Considero importante destacar cuales fueron los aportes teóricos y las investigaciones puntualmente en psiquiatría y neurología clínica que Freud tuvo a su alcance, y que sirvieron como punto de partida a la elaboración de su teoría.

El trastorno obsesivo compulsivo, adquiriría su status de una “nueva neurosis” cerca del final del siglo XIX. Los conceptos médicos involucrados en la definición actual del trastorno se hayan principalmente en Francia y Alemania a partir de la segunda mitad de dicho siglo. Comenzaré desarrollando los aportes de la psiquiatría Francesa, en la cual aspectos de comportamientos obsesivos compulsivos eran presentados de manera diversa.

Pinel (1745-1826) fundador de la psiquiatría clínica en Francia, fue una figura de gran relevancia para dicha disciplina en siglo XIX. Para poder apreciar su trascendencia, será necesario “considerar no los aspectos positivos de su obra, sino el espíritu de su trabajo” (Bercherie, 1980, p.16)

Para él, todo trabajo que fuera considerado científico debía tener una base de observación empírica de los fenómenos que constituyen la realidad. Sostenía que “hay que procurar no confundir las discusiones metafísicas o ciertas divagaciones de la ideología con una ciencia consistente en hechos observados con rigor” (Pichot, 1893, p.12).

Según Pinel, la clínica debe ser creadora de su propio lenguaje, contenedor de nuevas palabras dotadas de un sentido preciso:

“A diferencia de las palabras imprecisas y demasiado sometidas al deslizamiento de sentido de la lengua vulgar, evocarán inmediatamente los fenómenos que engloban. Por el análisis progresivo, por la frecuentación asidua del campo de la observación, se constituirá un saber, cada vez más preciso aunque siempre limitado al campo de los fenómenos” (Bercherie (1980) p.17)

Bercherie (1980) dirá que si bien es preciso interrogarse sobre esta “epistemología un poco ingenua” quedará de todas formas en pie un hecho fundamental: “Pinel abre la exploración sistémica de un campo y el ordenamiento de los fenómenos que lo constituyen. Este campo ha sido el fundamento sobre el cual se constituyó después el saber realmente positivo de la psiquiatría.” (p.17).

Pinel hablará de la alienación mental y la considerará como:

Una enfermedad en el sentido de las enfermedades orgánicas, una perturbación de las funciones intelectuales, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso. Por eso las ubica en la clase de las neurosis, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso. (...) La alienación mental forma parte de las neurosis cerebrales, siendo el cerebro el asiento de la mente; estas neurosis cerebrales son de dos tipos: abolición de la función (afecciones comatosas), perturbación de la función (vesanias). (Bercherie, 1980, p.18)

Pinel ubicó a la alienación mental dentro de la categoría de las Vesanias, siendo importante destacar que esta no forma una clase en la nosología, sino que se vuelve a encontrar en las cuatro especies que la constituyen en las vesanias.

A los efectos del tema central de este trabajo, es preciso destacar dentro de esas cuatro categorías que dan forma a la alineación mental a “la manía” y más precisamente a una subvariedad de esta distinguida por Pinel, “la manía sin delirio” o “manía razonante”, en donde las funciones del entendimiento se encuentran intactas, es decir no están comprometidas las funciones intelectuales, encontrándose afectadas las funciones afectivas. Esta última puede ser considerada como un antecedente de la neurosis obsesiva.

Continuando en este recorrido podemos ubicar a Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, su obra consiste principalmente en una profundización de los conceptos introducidos por su maestro.

A los efectos de este trabajo es preciso señalar que la innovación de Esquirol consistirá en reconocer la existencia de impulsos a los cuales el yo no siempre puede oponérseles con éxito. Este grupo sería ubicado bajo el nombre de “monomanías”, siendo clasificadas como:

-Monomanías intelectuales, donde el delirio, ilusiones y alucinaciones están en un primer plano

-Monomanía afectiva o razonante, en las que las alteraciones del carácter, de la afectividad y del comportamiento son sostenidas por capacidades intactas de razonamiento y de racionalización. La mayor parte de los casos de manía sin delirio de Pinel entran en este marco

-Monomanía instintiva o sin delirio, en la que el enfermo es llevado a actos en los que la razón y los sentimientos no determinan, que la consciencia reprueba, que la voluntad no tiene más la fuerza de reprimir. (Bercherie, 1980, p.29).

Según Berrios y Porter (2012) “Esquirol abrió un nuevo espacio clínico para el trastorno obsesivo compulsivo” (p.909) cuando describió este último tipo de monomanía

Otro de los autores a destacar fue Jules Falret, hijo del reconocido psiquiatra Jean-Pierre Falret quien fuera un gran crítico de las clasificaciones nosológicas de su época, propulsor de una clínica que contuviera el “estudio de la evolución de la enfermedad, del pasado y el futuro del paciente, búsqueda de una patogenia específica, reunión de los signos negativos, atención a los pequeños signos secundarios que permitían la diferenciación de entidades” (Bercherie, 1988, p. 57). Jules Falret siguió las enseñanzas de su padre y realizó, entre otros avances, aportes en el estudio de la neurosis obsesiva.

En 1866 J. Falret participó en una discusión de la Sociedad medico-psicológica, sobre la “Locura Razonante” de Pinel. Fue allí que se refirió sobre la misma no “como una forma distinta de enfermedad mental (sino como) una reunión artificial de hechos incoherentes, pertenecientes a categorías diversas y hoy confundidas bajo un mismo nombre” (Bercherie, 1980, p.64). Según Bercherie:

Ese “grupo informe”, que en efecto era puramente sintomático, solo quedaba caracterizado por un rasgo central común a las diferentes categorías naturales que reunía: la conservación de una forma de pensamiento de tipo lógico y racional junto a los fenómenos mórbidos que de ese modo se encontraban objetivados (“con consciencia”) o razonados (“razonante”) (Bercherie, 1988, p.64)

De ese grupo Falret extraería ocho categorías, cinco que serían clasificadas como sintomáticas de grandes entidades como la “exaltación maníaca, parálisis general, epilepsia, delirio de persecución, ciertas locuras hereditarias de Morel” (Bercherie, 1988, p. 64) y otras tres que formaban una descripción novedosa en la época, dentro

de las que se encontraban la locura histérica y otras dos entidades que fueron detalladas por primera vez:

-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 crisis de terror y obsesiones impulsivas cercanas al vértigo (atractivo y horror del suicidio, del asesinato, de incongruentes u obscenos). Finalmente, un cortejo de trastornos apáticos (cenestopatías, equivalentes ansiosos) completaban ese cuadro.

-La "alienación parcial con predominio del miedo al contacto con los objetos exteriores (locura de duda y locura del tocar)" cercana a la anterior pero distinta de ella, y en la que se reconocía una descripción, por primera vez clara y completa, de la neurosis obsesiva (Bercherrie, 1988, p.65).

Cabe destacar que estos dos estados presentados por J. Falret, serían posteriormente confundidos por la mayoría de los autores, que unen ambos cuadros entre si, como numerosas formas mixtas.

Del predominio de la hipocondría moral, surgiría la psicastenia de P.Janet, mientras que del predominio del segundo estado se generará la *neurosis obsesiva* planteada por Freud.

Morel (1809-1873) planteó una nosología de las enfermedades mentales sostenidas en una base etiológica. Sostuvo que en el ser humano los estados de salud y enfermedad siguen las mismas leyes que en todas las especies animadas. El autor plantea la teoría de la degeneración, teniendo como una de sus principales características la transmisión hereditaria:

Para Morel las degeneraciones son variaciones mórbidas, transmitidas por herencia, agravadas de generación en generación y que se manifiestan a través de anomalías físicas: los estigmas (...) Pero también se expresan por medio de anomalías psíquicas, las cuales son

el reflejo de la particular sensibilidad del sistema nervioso a las influencias nocivas degenerativas. Para Morel infinidad de casos de enfermedades mentales son la mera expresión privilegiada de la degeneración (Pichot, 1983, p. 19)

Morel abrió un nuevo punto de vista, un cambio de rumbo, por primera vez se tiene en cuenta en la etiología de las enfermedades mentales las características hereditarias y del medio, integrando causas psicológicas y manifestaciones somáticas.

Morel fue propulsor de un gran cambio en el concepto de obsesivo compulsivo.

Hasta el momento el trastorno era considerado como un trastorno del intelecto, pero eso no bastaba desde el punto de vista clínico. Con frecuencia sujetos diagnosticados con el trastorno presentaban perturbaciones a nivel emocional y eso no estaba siendo tenido en cuenta. Es por ese motivo que Morel comienza a ver el trastorno desde otra perspectiva, y planteó que el trastorno obsesivo compulsivo podía ser la compleja expresión de un “sistema nervioso ganglionar afectado”. *Délire emotif*, sería en palabras de Morel una dolencia de las emociones, una neurosis. “Lo que yo llamo *Délire emotif* corresponde a un tipo particular de idea fija y actos anormales cuya existencia, con todo, no acarrea un involucramiento de las facultades intelectuales” (Morel, 1866, citado en Berrios y Porter, 2012).

La reclasificación del trastorno obsesivo compulsivo como una forma de “neurosis” reabrió la posibilidad de que esta pudiera resultar del involucramiento de localizaciones cerebrales relacionadas con la cognición, emociones o volición.

En esa época el concepto estaba en un estado de transición: las neurosis eran consideradas como “orgánicas” (Berrios y Porter, 2012, p.911).

Con Legrand du Saulle (1830-1866), la descripción del trastorno obsesivo compulsivo, alcanzó su consolidación.

En 1875, tras el estudio de 27 casos logró identificar tres estados:

Primero “pensamientos involuntarios, espontáneos e irresistibles sin ilusiones o alucinaciones”, acompañados por “sentimiento de duda, de rumiación” y, ocasionalmente, “representaciones mentales e imágenes” de pensamientos. Esos síntomas engendraban miedos y ansiedades que llevaban a rituales. En segundo lugar, “revelaciones inesperadas” eran hechas a los parientes o amigos, de síntomas que pudieran estar afligiendo al paciente hace años. En ese estado, depresión, ansiedad y agitación hacían su aparición, junto con

rumiación obsesiva que raramente llevaban a la autoagresión (...) En el tercer estado los rituales y parálisis obsesiva perjudicaban severamente la competencia social. (Berrios y Porter, 2012, p .913).

Legrand du Saulle, compartía la teoría de Morel, de que el trastorno obsesivo compulsivo, era un trastorno de las emociones.

En 1892 Ball (1834-1893) planteó ocho criterios que caracterizaban el trastorno obsesivo compulsivo, estos eran: “presencia de insight, inicio súbito, curso paroxístico y fluctuante; ausencia de lesión cognitiva, alivio de la tensión por medio de la compulsión; síntomas somáticos y de ansiedad frecuentes; y la historia familiar.” (Berrios y Porter, 2012, p. 914).

Dentro de dichos criterios Ball distinguió tres subtipos: El menor, en donde solo había presencia de algunas obsesiones, el moderado en donde se manifiesta la presencia de ansiedad y mayor grado de excitación y por último el subtipo mayor, en el que se manifiestan la presencia de compulsiones.

Ball sostenía la teoría de que el trastorno obsesivo compulsivo podía ser el resultado de una circulación cerebral deficiente y advertía sobre el uso de morfina.

Magnan (1886-1887), realizó una clasificación de los trastornos mentales en orgánicos, psicosis y retardos mentales. En un segundo grupo ubicó a la manía, melancolía, estado crónico delirante, psicosis intermitente y psicosis degenerativa ubicando en esta última categoría al trastorno obsesivo compulsivo, junto a las fobias, agorafobia, perversiones sexuales y estados hipocondriacos. Magnan sostenía que “trastorno obsesivo compulsivo y sus variaciones *anomatomanie* (obsesión de repetir), resultarían de una patología cerebral específica” (Berrios y Porter, 2012, p. 915). Para el autor el trastorno aparecía en sujetos que se encontraban afectados por la degeneración, debiendo ser considerados como estigmas de las psicosis degenerativas.

Desde Morel, la mayoría de los autores consideraban la hereditariadad como un factor importante en las obsesiones. Ninguno, sin embargo, consideró los propios síntomas como una señal de hereditariadad patológica. Eso es lo que Magnan introduce con éxito. Para él, las obsesiones e impulsiones eran apenas representaciones episódicas de la psicosis degenerativa, esto significaba que eran estigmas psicológicos. (Ladame 1890, citado en Berrios y Porter, 2012, p. 915)

Hasta aquí se han desarrollado antecedentes al tema de la neurosis obsesiva planteados por autores de la psiquiatría del siglo XIX en Francia. Como se ha podido

observar, a lo largo del siglo características del trastorno obsesivo compulsivo eran presentadas de forma diversa en dicho país. En lo que respecta a la primera mitad del siglo, los autores coincidían con que el origen del trastorno podía ser de carácter intelectual, mientras que en la segunda mitad se comenzaban a considerar que las emociones podían estar involucradas en dicho trastorno. El trastorno obsesivo compulsivo fue manejado de diferente manera por los psiquiatras alemanes cuya terminología determinaba que el origen del trastorno era de carácter intelectual. Como principales representantes es posible encontrar a Griesinger, Westphal, Kraepelin, Will y Thomsen.

Se considera a W. Griesinger como el fundador de la escuela psiquiátrica en Alemania. Puede decirse que la psiquiatría alemana anterior a Griesinger se presentaba como pre-pineliana, siendo él quien sienta las bases de la clínica propiamente dicha.

Pichot (1983) sostiene que “Griesinger tuvo el merito fundamental de clausurar un período en que la psiquiatría de su país había sido casi por completo especulativa, abriendo al fin aquella a los horizontes del empirismo médico” (p.35).

Antes de sus aportes, predominaba en Alemania la escuela “psiquista”, la cual consideraba la locura como una enfermedad del alma. También se destacaba la presencia de la escuela “somática”, la cual sostenía que la enfermedad mental era siempre sintomática de una afección de tipo orgánico.

Griesinger es protagonista en esta nueva etapa donde la psiquiatría alemana se encontraba buscando su lugar entre las ciencias naturales. Intentará construir una psiquiatría médica empírica, entendiendo que esta debería exceder la mera descripción sintomática.

El autor se apoyará en una psicología mucho más fina que la de los autores franceses contemporáneos a él. Puede decirse que habría tenido gran influencia sobre Freud.

Es pertinente comentar una noción destacada en la obra de Griesinger basada en representaciones y tendencias que luchan por el acceso a la consciencia.

Griesinger, agregará una concepción de la consciencia y del yo que toma de Herbart:

En efecto las representaciones y por su intermedio las tendencias que ellas representan luchan por ocupar el campo de la consciencia, es decir para transformarse en acto (...) la naturaleza de esos complejos depende en cada uno de su historia, de los acontecimientos exteriores que le sucedieron y también de experiencias del organismo entero devenidas persistentes. Esos complejos dominantes constituyen el yo, las representaciones que le son

conformes son “reforzadas” y pueden abrirse paso, las otras son reprimidas.
(Bercherie, 1980.p, 45)

Por su parte Carl Westphal elaboró en 1876 un informe en donde distingue una forma particular de paranoia a la cual llama “abortiva” y que “corresponde a las obsesiones, porque ellas consisten también en la invasión de la conciencia por neoformaciones ideicas y a veces alucinatorias. Esta concepción psicopatológica, inversa a la de Morel, se apoya en la existencia de representaciones obsesionantes no emotivas” (Bercherie, 1980, p.93).

Emil Kraepling sostuvo que las enfermedades psiquiátricas eran causadas principalmente por desordenes biológicos y genéticos. Su obra fue sumamente significativa y de gran importancia para la psiquiatría de finales del siglo XIX y comienzos de siglo XX.

En 1883, elabora el “compendio de psiquiatría”, un pequeño manual que en 30 años será editado ocho veces, convirtiéndose en un gran tratado de psiquiatría compuesto por dos mil quinientas páginas.

Kraeplin en su tratado introduce gran cantidad de conceptos psicopatológicos, ya en su primera edición le da un lugar a las obsesiones ubicándolas dentro de las neurosis generales, estas estarán presentadas bajo el nombre de “locura neurasténica”.

En su cuarta edición (1893) hablará de la “locura obsesionante” como una categoría dentro de las enfermedades congénitas ubicándola ahora en dicha categoría.

En 1881 Wille, se alineaba a la psiquiatría francesa al considerar el posible origen del trastorno obsesivo compulsivo como emocional, sosteniendo también que los síntomas del trastorno podían ser cambiantes y fluctuantes. Basándose en el estudio de 16 casos propuso que “Trastorno obsesivo compulsivo constituía una transición entre las neurosis y las psicosis y que junto a las psicosis afectivas, el trastorno obsesivo compulsivo formaría un nuevo grupo, las psicosis hereditarias” (Berrios y Porter, 2012, p .916). Siguiendo esta orientación Thomsen clasificó el trastorno obsesivo compulsivo en un grupo secundario a la histeria, fobias y neurastenia y un grupo primario en donde además del trastorno obsesivo compulsivo, colocaba a los tics nerviosos, a la coprolalia, las sensaciones somáticas y a las migrañas.

1.2 El estatuto de la psiquiatría

La psiquiatría previa a la obra de Freud realizó importantes aportes en el tema de las obsesiones. Se comenzaban a sentar las bases de una investigación que luego vería su más exhaustivo análisis en la obra freudiana. La neurosis obsesiva será una categoría a la que Freud le dará especial importancia en el transcurso de su obra.

En lo que refiere puntualmente a la psiquiatría de la época, es posible afirmar que si bien esta constituyó un gran avance sentando las bases de los estudios “de la mente”, y de la descripción de múltiples psicopatologías, tenía en su metodología puntos criticables a los que se refiere Bercherie (1980):

La clínica psiquiátrica sería esencialmente la observación morfológica, la descripción formal de las perturbaciones psicopatológicas.

La mirada parece constituir la metáfora que obsesiona a esta práctica y que transparenta la relación que la estructura; pues aplicar a otro el modo de observación que habitualmente se reserva a las cosas, a los objetos de lo real, no deja de plantear algunos problemas. Estos son por otra parte los problemas que volvieron sospechosa a la clínica de participar en la alienación de aquellos cuyas perturbaciones pretendía describir exhaustivamente, analizar objetivamente y clasificar racionalmente (p.7)

Para que un nuevo marco conceptual pueda establecerse, será necesario acumular nuevos conocimientos que se basen en desarrollos diferentes; “en este punto, el desarrollo de la práctica y de la teoría psicoanalítica constituye, sin duda, el comienzo de una nueva era.” (1980, p.8).

Es pertinente comentar que si bien Freud presentó una posición bastante crítica con respecto a los psiquiatras de su época, no presentaba para con la psiquiatría una actitud de rechazo, sino que por el contrario consideraba ambas disciplinas como complementarias, sosteniendo que una continuaba a la otra.

Freud (1916) sostuvo que:

En la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células. Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continúa a la otra (...) Y previsiblemente, en una época no muy

lejana comprenderemos que no es posible una psiquiatría profundizada en sentido científico sin un buen conocimiento de los procesos de la vida del alma que van por lo profundo, de los procesos inconscientes. (p.233).

2. Neurosis obsesiva en la obra freudiana.

2.1 Primeros acercamientos a la teoría

El tema de la neurosis obsesiva no se encontró presente desde el inicio de la obra de Freud, ni fue definido de forma acabada desde un primer momento, por el contrario, la definición de esta estructura fue variando a medida que avanzaba en su que hacer psicoanalítico.

En los inicios de la teoría expuesta por Freud y siguiendo la línea de la psiquiatría de su época, este situó a la causa fundamental de la neurosis como de origen corporal, con sintomatología del orden orgánico. A medida que se avanza en la teoría se aprecia como poco a poco Freud comienza a considerar la posibilidad de que las causas puedan ser psíquicas y de carácter mental y no solamente causas abordables por la biología médica.

En 1894 Freud publica “Neuropsicosis de defensa”, en donde sostiene:

Junto a esta «teoría psicológica de las fobias y representaciones obsesivas», por medio de la observación de los enfermos se dilucidó un aporte a la teoría de la histeria o, más bien, su modificación, que parece dar cuenta de un importante carácter común a la histeria y a las mencionadas neurosis. (Freud, 1894, p. 47).

Se distinguen en este ensayo tres tipos diferentes de histeria, la hipnoide, la de retención y la histeria de defensa, siendo esta última la que interesa a los fines del estudio de las representaciones obsesivas. Estos casos de histeria son presentados como adquiridos, pues no podría decirse que en ellos influyen rasgos hereditarios ni de un carácter degenerativo que la provocase. Se opone aquí a la psiquiatría de su época, la cual ubicaba a la histeria en el lugar de las enfermedades exclusivamente corporales excluyendo su carácter de padecer psíquico.

Freud sostuvo que los pacientes con este tipo de histeria, gozaban de salud psíquica hasta determinado momento en donde “sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones” (Freud, 1894, p.47), es decir hasta que se le presentó una representación o vivencia intolerable al yo, de modo que la persona decidió olvidarlo, “no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía”. (Freud, 1894, p.47).

En relación a lo dicho anteriormente Freud (1984) sostuvo:

La tarea que el yo defensor se impone, tratar como «non arrivée» («no acontecida») la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr *convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; *empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo* (p.50)

En la histeria esa representación intolerable, queda “apaciguada”, o transformada en inofensiva, por la transformación de su magnitud de estímulo en excitación somática, proceso que lleva el nombre de conversión.

Según Freud (1894):

Si en una persona predispuesta [a la neurosis] no está presente la capacidad convertidora y, no obstante, para defenderse de una representación inconciliable se emprende el divorcio entre ella y su afecto, es fuerza que ese afecto permanezca en el ámbito psíquico. La representación ahora debilitada queda segregada de toda asociación dentro de la conciencia, pero su afecto, liberado, se adhiere a otras representaciones, en sí no inconciliables, que en virtud de este «enlace falso» devienen representaciones obsesivas. (p.53)

En 1896, Freud, publica un nuevo texto titulado “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, el cual es una continuación del expuesto en 1894 sobre la misma temática.

En este texto realiza una fundamental distinción entre la histeria y la neurosis obsesiva.

Sostiene que la causa de la histeria, como él ya había expresado en escritos anteriores, se trata de sucesos, de experiencias traumáticas de carácter sexual, experimentados necesariamente en la temprana infancia del sujeto, vividos de forma pasiva. La pasividad sexual en tiempos presexuales, es condición específica de la histeria.

Cabe destacar que nos encontramos en la época en que Freud llevaba a cabo su teoría de la seducción, con la cual intentaba dar cuenta del origen de la neurosis, atribuyéndole a esta como factor fundamental siempre una experiencia de abuso

sexual real vivido en la primera infancia, siendo el recuerdo reprimido de este hecho lo que devendría en una neurosis.

Es entonces que la esencia de la neurosis obsesiva al igual que la de la histeria, tiene lugar en experiencias y acontecimientos traumáticos de índole sexual, ocurridos en la temprana infancia. La fundamental diferencia planteada por Freud, es que en la neurosis obsesiva estos acontecimientos serían vividos activamente mientras que en la histeria serían vivenciados de forma pasiva.

Por tanto en una el sujeto actúa como seducido y en otra como seductor.

Freud (1896) sostuvo que la naturaleza de la neurosis obsesiva, puede ser expresada a partir de una simple fórmula. “las representaciones obsesivas son siempre reproches mudados, que retornan de la represión {desalojo} y están referidos siempre a una acción de la infancia, una acción sexual realizada con placer (p.170)”

Para dar cuenta de dicha fórmula, es necesario exponer el curso típico de una neurosis obsesiva.

Se puede ubicar el comienzo de esta en una primera etapa denominada “*inmoralidad infantil*”. “Ante todo, en la más temprana infancia, las vivencias de seducción sexual que luego posibilitan la represión; y después las acciones de agresión sexual contra el otro sexo, que más tarde aparecen bajo la forma de acciones-reproche” (Freud, 1896, p. 170).

Al anterior período pone fin el inicio de la “*maduración sexual*”, el recuerdo de aquellos actos placenteros se anuda en este periodo a un reproche y el nexo con la vivencia pasiva facilita la represión de dicho reproche sustituyéndolo por un “síntoma defensivo primario. Escrupulos de la conciencia moral, vergüenza, desconfianza de sí mismo” (Freud, 1896, p.170).

El tercer periodo es el de la “*salud aparente*”, en donde la defensa parece haber sido conseguida. Godoy (2009) sostuvo que “el éxito de la defensa constituye un singular modo obsesivo de rechazo del inconsciente”.

Por último se ubica el periodo de la *enfermedad*, la cual “marca el fracaso de los síntomas de la defensa primaria” Godoy (2009). En esta se producirá un retorno de los recuerdos reprimidos, los recuerdos reanimados. Los reproches que de ellos devienen no pasan nunca a la conciencia sin antes sufrir fuertes transformaciones tomando la forma de representaciones y afectos obsesivos, sustituyendo el recuerdo patógeno en la conciencia.

Freud distinguió tres formas de representaciones obsesivas.

1) Representaciones obsesivas típicas: En este primer caso el contenido de la representación obsesiva aparece con una doble deformación en lo que al acto infantil motivador respecta, sustituyéndose lo pasado por algo de la actualidad y siendo remplazado lo sexual por algo no sexual.

2) Por el afecto concomitante: La neurosis obsesiva toma esta forma cuando lo que alcanza la consciencia es el reproche reprimido, el afecto de este puede transformarse en cualquier otro afecto displacentero. De esta manera el reproche, según Freud, puede transformarse en:

Vergüenza (de que otro se llegue a enterar), en angustia hipocondríaca (por las consecuencias corporalmente nocivas de aquella acción-reproche), en angustia social (por la pena que impondrá la sociedad a aquel desaguisado), en angustia religiosa, en delirio de ser notado (miedo de denunciar a otros aquella acción), en angustia de tentación (justificada desconfianza en la propia capacidad de resistencia moral). (Freud, 1896, p. 172)

3) Las acciones obsesivas: Estas nunca son primarias, siempre contienen una defensa, no una agresión, por medio del análisis psíquico estas son esclarecidas plenamente, “reconduciéndolas al recuerdo obsesivo que ellas combaten.” (Freud, 1896, p.173).

La defensa secundaria frente a las representaciones obsesivas puede tener éxito mediante un violento desvío hacia otros pensamientos, cuyo contenido sea el más contrario posible (...) El enfermo intenta enseñorearse de cada idea obsesiva singular mediante un trabajo lógico y una invocación a sus recuerdos consientes; esto lleva a la compulsión de pensar y examinar, y a la manía de duda (...) La defensa secundaria frente a los afectos obsesivos da por resultado una serie todavía mayor de medidas protectoras que son susceptibles de mudarse en acciones obsesivas.(Freud, 1986,p.173)

Dichas medidas protectoras son clasificadas por Freud según su tendencia en tres grupos:

- 1) Medidas expiatorias: Basadas en tediosos ceremoniales o en la observación de números.
- 2) Preventivas: En estas se pueden presentar diversos tipos de fobias, supersticiones, meticulosidad extrema.
- 3) Miedo a traicionarse: Donde el enfermo colecciona papeles y se produce la misantropía (aversión general hacia el ser humano).

Existen casos donde se observa como la obsesión es transferida de la representación o el afecto a la medida preventiva. En otros casos la obsesión oscila entre el síntoma de retorno y el de la defensa secundaria.

Existen, por último, casos en donde no se da la formación de ninguna representación obsesiva, quedando así de forma inmediata representado el recuerdo que fue reprimido por la defensa primaria. Es en estos casos en los que de un solo salto se alcanza el estadio final de la neurosis. Los casos más severos culminan con la fijación de acciones ceremoniales, en manía de duda, o en una existencia condicionada por las fobias.

En este punto es preciso señalar que Freud abandona en el año 1897 su conocida teoría de la seducción, dando un cambio de rumbo a su teoría. En setiembre de 1897, escribe una carta a Fliess, en donde manifiesta y explica el porqué de esta reformulación en sus investigaciones. En la carta expresa que "ya no cree en sus neuróticas" y sostiene que no ha logrado una consumación efectiva de sus análisis.

Manifiesta la extrañeza de que en todos los casos el padre fuera "inculcado como perverso" (Freud, 1897, p. 301).

Otro punto que destaca en esta correspondencia a Fliess es la intelección, de que "en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto" (Freud, 1897, p. 301). A partir de esto Freud concluye que es la fantasía sexual la cual se adueña muchas veces del tema de los padres.

Cuando Freud afirma que ya no cree en su neurótica, no está afirmando que los relatos de sus pacientes sean mentiras conscientes, sino que el cambio crucial en la teoría es que ya no necesariamente ese hecho de carácter sexual vivenciado en los primeros años de la infancia tuvo que haber sido una realidad, un hecho real externo, vivido de forma pasiva en la histeria y de forma activa en la neurosis obsesiva, como en el principio de la teoría había manifestado.

Es a partir de este nuevo hallazgo de la teoría, donde comienza a tomar un papel crucial la fantasía, y puntualmente la fantasía vinculada a la formación del síntoma. Esto se puede ver con claridad en la referida carta a Fliess, cuando Freud le explica que en el inconsciente no hay un signo de realidad, por lo que no se puede distinguir lo que es la verdad de la "ficción investida de afecto".

2.2 Nuevos conceptos y desarrollos

Regresión sádico-anal

En 1905 Freud publica “Tres ensayos de la teoría sexual”, en donde cuestionó la teoría popular de su época, la cual establecía que la sexualidad faltaría en la infancia y devendría recién con la pubertad, afirmando que la pulsión sexual existe desde la temprana infancia, operando en los niños más pequeños impulsos sexuales sin necesidad de estimulación externa. Esta sexualidad infantil será esencialmente autoerógena, es decir su objeto se encuentra en el propio cuerpo y sus pulsiones parciales aspiran a conseguir placer cada una por su cuenta sin conexión entre sí. La llegada al desarrollo se dará en la vida sexual del adulto en donde “las pulsiones parciales, bajo el primado de una única zona erógena, han formado una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno” (Freud, 1905, p. 179).

En el artículo de 1908 “Carácter y erotismo anal”, se establece un vínculo entre el objeto anal y la neurosis obsesiva con síntomas tales como orden, ahorro y pertinacia, aludiendo que de estos tres componentes los últimos dos son los más constantes del complejo. André Green (1965) sostuvo que el “papel de la analidad, es siempre la piedra angular de la metapsicología de la neurosis obsesiva”.

En palabras de Navarro (2004):

El orden (aseo, escrupulosidad, formalidad) es ya una formación reactiva ante lo sucio, contra lo perturbador, contra lo que no debe pertenecer al cuerpo; ya se ha establecido una defensa que habla de que ella se ha erigido como consecuencia de la regresión a la etapa sádico-anal secundaria y ante el retorno de lo reprimido como acontece típicamente en el carácter anal propio de de la neurosis obsesiva. (p.91)

Avanzando en este período, se encuentra en el año 1913 la publicación del artículo “La predisposición a la neurosis obsesiva”, en él se especifica que tanto la histeria como la neurosis obsesiva se sitúan en las fases posteriores al desarrollo libidinal, especificando Freud, que las pulsiones que gobiernan dicha organización pregenital, serían las anal-eróticas y las sádicas.

Para el caso específico de la neurosis obsesiva Freud establece que las defensas del Yo tienen un retorno a la fase anal.

Freud (1913) afirmó:

Hemos reparado en que las funciones psíquicas que entran en cuenta —sobre todo la función sexual, pero también diversas e importantes funciones yoicas— tienen que recorrer un largo y complejo desarrollo hasta alcanzar el estado característico para la persona normal. Pues bien; suponemos que tales

desarrollos no siempre se consuman de manera tan impecable que el conjunto de la función experimente la progresiva alteración (Veränderung, «devenir otro».) Toda vez que un fragmento de ella se quede en el estadio anterior se produce uno de los llamados «lugares de fijación», a los cuales la función puede regresar en caso de que se contraiga enfermedad por una perturbación exterior (p.337).

En esta etapa sádico-anal y en palabras de Navarro (2004):

No se han establecido aún las polaridades fálico-castrado ni masculino femenino, sino actividad-pasividad en relación a las metas pulsionales. En el erotismo perteneciente a esta fase, la zona erógena corresponde a la mucosa del intestino, particularmente la ampolla rectal estimulada por las heces. Ella aporta el componente pasivo, el activo está representado por la musculatura. La articulación entre ambas, el control muscular en la evacuación, las sensaciones voluptuosas y dolorosas ofrecen el modelo de esta satisfacción auto erótica. El incremento de esta pulsión tal como ocurre en los pacientes obsesivos, y el detenimiento en estas satisfacciones condiciona fijaciones que constituirán el punto de arranque (regresión mediante) tanto de neurosis como de rasgos de carácter. (p.89)

El accionar obsesivo

Otro de los textos de esta época que ahonda en el estudio de la neurosis obsesiva es “Acciones obsesivas y prácticas religiosas”, en donde se comienza a manifestar cuales son los principales mecanismos de los síntomas y las acciones obsesivas. En este texto se establece un paralelismo entre las prácticas obsesivas de los neuróticos y las prácticas religiosas, las practicas de fe.

Aparecen aquí caracteres fundamentales de la neurosis obsesiva, tales como la culpa, la vergüenza, la angustia, el carácter forzoso de las obsesiones, entre otros rasgos típicos.

En dicho artículo Freud planteó que:

El ceremonial neurótico consiste en pequeñas prácticas, agregados, restricciones, ordenamientos, que, para ciertas acciones de la vida cotidiana, se cumplen de una manera idéntica o con variaciones que responden a leyes. Tales actividades nos hacen la impresión de unas meras «formalidades», nos parecen carentes de significado. De igual manera se le presentan al propio enfermo, pese a lo cual es incapaz de abandonarlas, pues cualquier desvío

respecto del ceremonial se castiga con una insoportable angustia que enseguida fuerza a reparar lo omitido (Freud, 1907, p.101).

Para Delgado, estos actos obsesivos consisten en “repeticiones y floreos ceremoniosos sobre las actividades más corrientes de la vida cotidiana, quizá los más necesarios como acostarse, levantarse, dormir, lavarse, caminar, los que terminan transformándose en problemas complicadísimos”.

Freud destacó que tanto en la compulsión como en la prohibición, solamente se ven afectadas, al menos en un inicio, las actividades solitarias de las personas, dejando intacta sus actividades sociales, pudiendo el enfermo ocultar su padecer por años, como si este se tratara de algo privado.

Sobre este padecer Delgado sostiene:

(...) Las ideas obsesivas insensatas, absurdas, implican una actividad intelectual intensa que agota al sujeto, el que se siente obligado a cavilar alrededor de esas ideas como si fueran las cosas más importantes del mundo. El agotamiento subjetivo alcanza también al cuerpo, por supuesto. Lo mismo en la fuerza y el tiempo que debe contar, retirando el interés de otras cosas, para sostener las prohibiciones, renunciaciones y limitaciones de su libertad que se impone para luchar contra los crímenes a los que está incitado o las tentaciones que lo atormentan. Es la lucha contra los impulsos.

Es normal que el enfermo que obedece a sus compulsiones, las lleve adelante desconociendo el verdadero significado con el que estas se encuentran revestidas, como sostuvo Delgado en la cita anterior pueden parecer insensatas y absurdas. Según Freud (1907) mediante la acción psicoanalítica podrá devenir consciente el verdadero sentido de ese accionar obsesivo, averiguándose así que todas las acciones obsesivas poseen sentido hasta en sus más mínimos detalles, siendo este significado un derivado directo de las vivencias más íntimas, estas con frecuencia de índole sexual.

En cuanto a la culpa y angustia que posee quien padece de esta neurosis, Freud (1907) sostuvo que existe una conciencia de culpa, la cual proviene de procesos anímicos tempranos.

La angustia padecida por el enfermo es una angustia de expectativa de desgracia. El ceremonial obsesivo, nace como una defensa, como una medida protectora que tendría como fin evitar que acontezca ese suceso no deseado. En el comienzo del ceremonial la persona aun es consciente que está forzada a realizar determinado

accionar para evitar dicha desgracia, siendo el contenido de esta sabido de antemano por el enfermo, es decir, la persona sabe la desgracia que podría acontecer y lleva adelante determinado ceremonial obsesivo para evitar que esta tenga lugar.

La base de la neurosis obsesiva, será la represión de una moción pulsional, la cual estaba contenida en la constitución de la persona, esta tuvo permitido exteriorizarse algún tiempo durante la infancia y posteriormente devino de forma inconsciente.

Freud (1907) consideró al proceso represivo de la neurosis obsesiva como un proceso imperfectamente logrado, viéndose siempre amenazado por el fracaso, se está requiriendo siempre de nuevos esfuerzos psíquicos para contrarrestar el siempre amenazante asalto de la pulsión reprimida. Por tanto los ceremoniales y acciones obsesivas tienen como fin la defensa tras la tentación, y la protección frente a una posible desgracia.

El mecanismo que gobierna el proceso de la neurosis obsesiva será el mecanismo de desplazamiento, Laplanche y Pontalis (1996) definen al desplazamiento como:

(...) El acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa. Este fenómeno, que se observa especialmente en el análisis de los sueños, se encuentra también en la formación de los síntomas psiconeuróticos y, de un modo general, en toda formación del inconsciente. La teoría psicoanalítica del desplazamiento recurre a la hipótesis económica de una energía de catexis susceptible de desligarse de las representaciones y deslizarse a lo largo de las vías asociativas. El «libre» desplazamiento de esta energía constituye una de las principales características del proceso primario, que rige el funcionamiento del sistema inconsciente. (P.98)

En relación al desplazamiento en la neurosis obsesiva Freud sostuvo que:

Ya en los pocos ejemplos que he dado de acciones obsesivas es transparente cómo, por medio de un desplazamiento desde lo genuino, sustantivo, hacia algo pequeño que lo sustituye, por ejemplo desde el marido al sillón, se establecen el simbolismo y el detalle de la ejecución. (1907, p 108).

2.3 Últimos desarrollos

Neurosis obsesiva desde la segunda tópica.

En 1923 es publicado "El yo y el Ello", trabajo en donde Freud presenta un nuevo modelo de aparato psíquico constituido por el yo, superyó y ello, a partir del cual se plantearán nuevos avances en la teoría.

El yo corresponde a la instancia psíquica que se encuentra en situación de dependencia, "tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad." (Laplanche y Pontalis, 1996, p.457)

El yo se presenta como mediador y es encargado de los intereses de la persona, siendo su autonomía esencialmente relativa.

El superyó es la instancia psíquica que oficia de "juez" del yo. Se conforma a partir de la introyección de prohibiciones y exigencias parentales. "Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo. (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 419)

En cuanto al ello, este "constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos (...) para Freud el reservorio primario de la energía psíquica". (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 112)

Una vez definidas estas tres instancias y a los fines específicos del presente trabajo es preciso desarrollar el tema del superyó del obsesivo.

En relación al superyó, Freud (1923) sostuvo:

(...) El ideal del yo o superyó, (es) la agencia representante {Representanz} de nuestro vínculo parental. Cuando niños pequeños, esas entidades superiores nos eran notorias y familiares, las admirábamos y temíamos; más tarde, las acogimos en el interior de nosotros mismos». El ideal del yo es, por lo tanto, la herencia del complejo de Edipo y, así, expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello. Mediante su institución, el yo se apodera del complejo de Edipo y simultáneamente se somete, él mismo, al ello. Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello. (p.37).

Lo característico de la neurosis obsesiva es la presencia de un superyó sumamente severo y cruel, superyó que en el obsesivo se exterioriza a través de un fuerte sentimiento de culpa proveniente de los impulsos reprimidos que son desconocidos para el yo. Si bien el yo puede manifestar el sentimiento de culpa, desconoce el porqué de este. El yo se sabe inocente, pero de todas formas registra ese sentimiento de culpa y asume una responsabilidad que no puede explicar.

El superyó se comporta como si no se hubiera producido represión alguna, como si la moción agresiva le fuera notoria en su verdadero texto y con su pleno carácter de afecto, y trata al yo de la manera condigna a esa premisa. (Freud, 1925, p.112)

Freud distingue un superyó similar en la melancolía, pero realiza una distinción entre ambos:

Por oposición a lo que ocurre en la melancolía, el neurótico obsesivo nunca llega a darse muerte; es como inmune al peligro de suicidio, está mucho mejor protegido contra él que el histérico. Lo comprendemos: es la conservación del objeto lo que garantiza la seguridad del yo. En la neurosis obsesiva, una regresión a la organización pregenital hace posible que los impulsos de amor se traspongan en impulsos de agresión hacia el objeto. (Freud, 1923, p. 54)

En el obsesivo “la pulsión de destrucción queda liberada y quiere aniquilar al objeto o al menos hace como si tuviera ese propósito” (Freud, 1923,p.54) el yo busca defenderse de estas tendencias de destrucción y lo hace a través de formaciones reactivas y medidas precautorias, pero el cruel superyó típico del obsesivo se comporta como si el yo fuera el culpable de ellas y “desvalidado por ambos costados el yo se defiende en vano de las insinuaciones del ello asesino y de los reproches de la conciencia moral castigadora” (Freud, 1923,p.54).

Formación del síntoma

En “Inhibición síntoma y angustia” Freud agrupa los síntomas de la neurosis obsesiva en dos clases según su tendencia:

O bien son prohibiciones, medidas precautorias, penitencias, vale decir de naturaleza negativa, o por el contrario son satisfacciones sustitutivas, hartas veces con disfraz simbólico. De estos dos grupos, el más antiguo es el negativo, rechazador, punitivo; pero cuando la enfermedad se prolonga, prevalecen las satisfacciones, que burlan toda defensa. (Freud, 1925, p.107).

Freud sostiene que en la neurosis obsesiva, se puede vislumbrar con mayor claridad que en casos de histeria, por ejemplo, que el complejo de castración será el motor de la defensa y que la misma recae sobre las “aspiraciones del complejo de Edipo” (Freud, 1925, p. 109).

Entrado en el periodo de latencia se dará el sepultamiento del complejo de Edipo, consagrándose la creación del superyó y consolidándose las barreras éticas en el yo.

En la neurosis obsesiva, estos procesos se darían de una forma que excede su medida normal. En relación a esto Freud afirma:

A la destrucción {Zerstörung} del complejo de Edipo se agrega la degradación regresiva de la libido, el superyó se vuelve particularmente severo y desamorado, el yo desarrolla, en obediencia al superyó, elevadas formaciones reactivas de la conciencia moral, la compasión, la limpieza. Con una severidad despiadada, y por eso mismo no siempre exitosa, se proscriben la tentación a continuar con el onanismo de la primera infancia, que ahora se apuntala en representaciones regresivas (sádico-anales), a pesar de lo cual sigue representando {repräsentieren} la participación no sujeta de la organización fálica. (1925, p. 109).

Dos técnicas alternativas del yo.

Como ya se ha manifestado, el mecanismo defensivo de la represión no es perfectamente logrado en la neurosis obsesiva, por lo que en la lucha defensiva del yo se ponen en práctica dos técnicas que vienen al auxilio de la represión y que son subrogados de esta. Estas técnicas son el anular lo acontecido y el aislamiento.

En cuanto a la primera puede decirse que busca, mediante un simbolismo motor, hacer desaparecer un determinado suceso, no sus consecuencias, sino el suceso mismo. “En la neurosis obsesiva, nos encontramos con la anulación de lo acontecido sobre todo en los síntomas de dos tiempos, donde el segundo acto cancela al primero como si nada hubiera acontecido, cuando en la realidad efectiva acontecieron ambos”. (Freud, 1925, p. 114).

El ceremonial del neurótico, tendrá pues la finalidad de anular lo acontecido.

Esta misma tendencia explicaría también la compulsión a la repetición, típica de la neurosis obsesiva, “Lo que no ha acontecido de la manera en que habría debido de acuerdo con el deseo es anulado repitiéndolo de un modo diverso de aquel en que aconteció” (Freud, 1925, p. 115).

La otra técnica descrita es la del aislamiento, esta consiste en que tras un suceso desagradable, así como una actividad significativa llevada a cabo por el propio neurótico obsesivo, se da una pausa en la que no está permitido que acontezca nada, no se lleva a cabo ninguna acción. Según Freud:

(...) el efecto de ese aislamiento es el mismo que sobreviene a raíz de la represión con amnesia. Es esta técnica, pues, la que reproducen los

aislamientos de la neurosis obsesiva, pero reforzándola por vía motriz con un propósito mágico. Lo que así se mantiene separado es algo que asociativamente se copertenece; el aislamiento motriz está destinado a garantizar la suspensión de ese nexa en el pensamiento. (Freud, 1925, p.115).

En cuanto el yo intenta impedir asociaciones de pensamiento, está obedeciendo a uno de los más antiguos mandatos de la neurosis obsesiva, "el tabú de contacto".

En relación a dicho tabú Green sostuvo que "todo sucede como si esta prohibición preponderante tendiese a vedar toda posibilidad de satisfacción entre el sujeto y el objeto del deseo". (Green, 1965)

Puesto que la neurosis obsesiva buscaba en sus comienzos el contacto erótico, "tras la regresión, el contacto enmascarado como agresión, nada puede estarle vedado en medida mayor ni ser más apto para convertirse en el centro de un sistema de prohibiciones." (Freud, 1925, p.117).

3. A propósito de un caso de neurosis obsesiva, el “Hombre de las Ratas”.

En el presente apartado se pretende exponer el reconocido caso clínico descrito por Freud en 1909 titulado “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”, conocido también bajo el nombre del “Hombre de las Ratas”.

El “Hombre de las Ratas” es considerado uno de los cinco grandes casos freudianos junto con el Hombre de los lobos, el caso Dora, el pequeño Hans y el caso Schreber. Se trata de un caso muy instructivo para el estudio y análisis de la neurosis obsesiva.

El historial se encuentra basado en un joven universitario de 29 años el cual se presenta indicando que desde su infancia padece de representaciones obsesivas las cuales son sufridas con mayor intensidad desde hace cuatro años.

El joven manifiesta sentir gran temor de que algo pueda sucederle a dos personas por las que siente gran amor: su padre y una dama por la cual tiene gran admiración. Sostiene también que presenta fuertes impulsos obsesivos y prohibiciones relacionadas a cosas “indiferentes”, expresa que ha tenido una fuerte lucha contra estas ideas, lucha que le ha hecho perder años de su vida.

El paciente que mantiene una gran lucha entre un impulso hacia el hombre y otro hacia la mujer, presenta también impulsos reprimidos de muerte contra su padre. Se vislumbran en el caso sentimientos reprimidos típicos de la neurosis obsesiva, tales como hostilidad, crueldad y agresividad.

Podría decirse que uno de los propósitos que Freud tuvo con este caso fue:

Considerar el discurso del obsesivo como un dialecto que debe ser traducido (...) Se advierte desde la primer lectura que una gran parte de su trabajo consiste en reunir textos en dialecto -por ejemplo “tantas ratas tantos florines”, o bien “le ocurrirá una desgracia a mi padre” (muerto hace nueve años)-para hallar su interpretación (Mannoni, 1969 citado en Massota1989, p. 87)

3.1 Inicio del análisis.

El paciente comienza manifestando que su vida sexual empezó de forma muy temprana, ya que a partir de sus cuatro años comenzó a sentir una fuerte y atormentadora curiosidad por ver el cuerpo femenino desnudo, puntualmente hace

referencia al deseo que le despertaba una gobernanta que trabajaba en su casa la cual le permitía tocar su cuerpo.

Es entonces que manifiesta la siguiente idea:

 Tuve durante algún tiempo la idea enfermiza de que los padres sabrían mis pensamientos, lo cual me explicaba por haberlos yo declarados sin oírlos yo mismo. Veo en eso el comienzo de mi enfermedad (...) tenía un sentimiento ominoso, como si por fuerza habría de suceder algo si yo lo pensaba, y debía hacer toda clase de cosas para impedirlo” (Freud, 1909, p. 130).

Esta última frase manifestada por el paciente, expresa de forma precisa el padecer típico del neurótico obsesivo, su lucha constante ante pensamientos tormentosos, que se apoderan del individuo y lo llevan a una incansable lucha para evitar aquello, que de alguna forma sucedería si no se cumplen con exactitud todos aquellos rituales y comportamientos obsesivos, que técnicamente evitarían algún tipo de padecer mayor, tanto propio como de otra persona, por ejemplo el paciente en cuestión temía que su padre fuera a morir si él deseaba ver desnuda a una mujer, así “el afecto penoso cobra nítidamente la coloración de lo ominoso, lo supersticioso, y ya origina impulsos para extrañarse de la desgracia” (Freud,1909,p.131)

Freud sostuvo que ya en esa primera sesión donde el paciente opina que ve en su niñez el comienzo de su enfermedad, puede afirmarse que más que de su comienzo se trataba de la enfermedad en sí misma, una neurosis obsesiva a la que no le falta ningún elemento típico. Según Freud:

 Vemos al niño bajo el imperio de un componente pulsional sexual, el placer de ver, cuyo resultado es el deseo, que aflora siempre de nuevo y con mayor intensidad cada vez, de ver personas del sexo femenino que le gustan. Este deseo corresponde a la posterior idea obsesiva (...) junto al deseo obsesivo un temor obsesivo se anuda estrechamente a aquel: toda vez que piensa algo así, es forzado a temer que suceda algo terrible (Freud, 1909, p.130).

Es posible conjeturar que en una edad infantil antes de la manifestada por el paciente sobrevinieron a este, eventos traumáticos y conflictos que cayeron bajo los efectos de la amnesia y dejaron como “residuo” el temor obsesivo.

Continuando en el relato del paciente, manifiesta que la situación puntual que lo llevó hasta Freud fue un hecho acontecido en unas maniobras militares en las cuales había participado. Fue entonces que perdió sus lentes y aunque le era fácil recuperarlos,

dice, no quiso postergar la partida y renunció a estos. Ante tal situación decide comunicarse con su óptico en Viena para solicitarle le envíe unos de reemplazo por correo.

Es en este momento que tiene contacto con un oficial que le generaba gran angustia ya que en palabras del paciente “evidentemente amaba lo cruel” (Freud, 1909, p.133). Durante una charla con dicho oficial, este contó un determinado tipo de tortura utilizado en Oriente. Antes de que el paciente pueda contar los detalles de dicha tortura se presentan en él fuertes resistencias, poniéndose de pie e interrumpiendo su relato, pidiendo ser exonerado de contar los detalles ya que le parecían demasiado crueles. Cuando pudo superar este episodio, prosiguió a detallar dicho castigo con mucha dificultad, trasluciéndose en sus palabras el horror y los signos de la resistencia. El castigo consistía pues, en atar a la persona y colocar sobre su trasero un recipiente dado vuelta en el que se encontraban ratas que penetraban por el ano del castigado.

Freud sostuvo que el paciente presentó tanta dificultad para manifestar este hecho posiblemente por “horror ante su placer, ignorado por él mismo” (Freud, 1909, p.133).

A continuación el paciente manifiesta que inmediatamente que escuchó dicho castigo le surgió la representación de que eso pudiera sucederle a alguien por quien él siente afecto, Freud concluye que el paciente teme que el castigo recaiga sobre la dama admirada y sobre el padre.

El mismo capitán que le provoca tanta angustia es quien al día siguiente de relatar el castigo le entrega al paciente sus nuevos lentes enviados por su óptico de Viena. El capitán indica al paciente que otro teniente había pagado por ellos, que debía devolverle el dinero a él. Fue en ese momento que nace la sanción, si no devolvía el dinero el castigo que tanto temor le había generado recaería sobre la dama y su padre, en consecuencia se eleva un mandamiento “tú debes devolver al teniente primero A. las 3,80 coronas” (Freud, 1909, p.134), “evitando” así que se cumpliera su temor.

A partir de ese momento todo su accionar se dirige a cumplir con esa sanción auto impuesta buscando evitar la desgracia que generaría el no llevarla a cabo con exactitud. Este es un claro ejemplo del típico accionar obsesivo.

A partir de ese momento tiene varios intentos de hacerle llegar el dinero al teniente A, hasta que es él mismo quien le dice que no fue él quien efectuó el pago, que le debe dar el dinero a otro teniente. Este hecho afecta en gran medida al paciente ya que no puede llevar a cabo con exactitud su mandato inicial. Ante esto genera estrategias que le permitan de alguna forma no incumplir su premisa, el relato de dichas estrategias es definido por Freud como contradictorio y confuso.

3.2 La figura paterna.

La figura del padre ocupa un papel muy relevante a lo largo de todo el historial clínico, su temor de que algo malo le pueda ocurrir a este incluso luego de ya estar fallecido, es manifestado por el paciente desde el inicio del tratamiento. Él mismo manifiesta que su enfermedad se agravó a partir de la muerte de este.

Según Massota: "Podía decirse que la función que en este caso el sujeto trata de reconstruir es, en primer lugar la función del padre" (Masotta, 1989, p. 9).

Freud sostiene que en el ocasionamiento de la enfermedad del "Hombre de las Ratas" hay un "hilo" que conduce hasta su niñez, identificándose el paciente en una situación similar a una vivida anteriormente por su padre antes de su matrimonio.

Antes de detenerme puntualmente en esa escena de identificación con el padre, es importante desatacar aspectos anteriormente expuestos por el paciente.

Relata que a los 12 años sentía amor por una niña. Siendo ella no todo lo tierna que él deseaba le acudió la idea de que ella lo querría si a él le ocurría una desgracia, siendo esta la posible muerte de su padre. El paciente rechaza enérgicamente esta idea, defendiéndose de la posibilidad de haber exteriorizado un deseo.

Relata otra situación en donde también se le presentó la idea de una posible muerte del padre. Ya en su adultez y estando enamorado no podía pensar en un casamiento debido a impedimentos económicos por lo que le surgió la idea de que "por la muerte del padre, acaso el se vuelva tan rico que pueda casarse con ella" (Freud, 1909, p. 142). Manifiesta sentir gran extrañamiento frente a estos pensamientos ya que la muerte de su padre, dice, nunca podría haberle sido objeto de deseo, por el contrario, siempre le había generado temor, siendo que el padre era para él el hombre más amado.

Freud expresa que dicha angustia corresponde a un deseo que fue reprimido, por eso se manifiesta de forma consciente lo contrario a este, sosteniendo que "ese amor intenso, es la condición del odio reprimido" (Freud, 1909, p.143).

A partir del posterior discurso del paciente Freud afirma que "la fuente de la cual la hostilidad contra el padre obtiene su indestructibilidad pertenece evidentemente, por su naturaleza, a los apetitos sensuales, a raíz de los cuales ha sentido al padre, de algún modo, como perturbador" (Freud, 1909, p. 144)

Más adelante, Freud le presenta una hipótesis al paciente que éste afirma como verdadera, esta se basaba en que:

A la edad de 6 años, él ha cometido algún desaguisado sexual entramado con el onanismo, y recibió del padre una sensible reprimenda. Este castigo habría puesto fin al onanismo, si, pero por otra parte dejó como secuela una inquina inextinguible contra el padre y fijó por todos los tiempos su papel como perturbador del goce sexual. (Freud, 1909, p. 161).

Retomando ahora con la situación de identificación del paciente con el padre comentada al principio, ésta nos retoma hasta la escena inicial del caso.

Lo primero a resolver era por qué los dichos del teniente sobre el castigo con las ratas y su necesidad de devolver él mismo el dinero al teniente A, le provocaron tantas reacciones. Es posible afirmar que aquellos dichos tocaron contenidos inconscientes del paciente.

El paciente se encontraba en ese momento en terreno militar, hecho que ya representaba una identificación inconsciente con el padre ya que este había prestado servicio durante años. Es una aventura del padre, la que tuviera un importante elemento común con la reclamación al pago al capitán A.

Cierta vez, el padre había perdido una pequeña apuesta económica en un juego de naipes, la cual en su posición de suboficial podía pagar, pero un colega le prestó el dinero en aquel momento. Luego de abandonado el servicio buscó a quien le había facilitado el dinero pero no logró encontrarlo. El recuerdo de este hecho de la juventud de su padre le resultaba en gran manera penoso, "siendo que su inconsciente rebosaba de reclamaciones al carácter de aquel" (Freud, 1909, p. 165).

Es entonces que las palabras del capitán "tienes que devolver las 3,80 coronas al teniente primero A" (Freud, 1909, p. 165), le sonaron al paciente como alusivas a la deuda de su padre.

Este caso es en palabras de Navarro (2004):

Un caso prototípico; allí vemos en todo su dramatismo los esfuerzos realizados hasta el delirio de metaforizar el pago de una deuda que al mismo tiempo no debe ser pagada (...) esfuerzos en última instancia de restituir la dignidad del padre. (p.136).

3.3 El simbolismo de las ratas

En relación al castigo de las ratas puede decirse que este despertó su erotismo anal, el cual había desempeñado un papel considerable en su infancia y había sido mantenido durante varios años por un constante estímulo a causa de lombrices intestinales. De este modo las ratas cobran el significado de dinero:

En sus delirios obsesivos, él se había instituido una formal moneda de ratas (...) todas las representaciones a él pertinentes fueron asentadas a través de este puente de palabras cuotas-ratas, en lo obsesivo, y arrojadas a lo inconsciente. Este significado del dinero de las ratas se apoyó, además, en la reclamación del capitán de devolver el monto del reembolso; ello sucedió con la ayuda de la palabra puente *Spielratte*, desde la cual se descubría el acceso hacia la prevaricación de juego de su padre. (Freud, 1909, p.167).

Es entonces ese episodio del padre lo que retorna en esa conducta del paciente, lo llamativo es la falta de la represión:

El sujeto nunca había olvidado esa historia paterna, y se la cuenta a Freud sin relacionarla con el episodio de los lentes, se conoce la explicación última de Freud "el capitán cruel", sustituyendo de alguna manera al padre, ha reactivado el deseo inconsciente. (Mannoni 1969, citado en Massota 1989, p.103).

Aparte de éste, el simbolismo de la rata cobraba otro significado. La misma es vista como portadora de diversas enfermedades e infecciones siendo empleada entonces por el paciente como símbolo ante la sífilis, escondiéndose así diversas dudas sobre la conducta paterna durante su periodo como militar. En un sentido distinto, el pene sería el portador de dicha infección.

El pene, en particular el del niño pequeño, puede ser descrito sin más como un gusano, y en el cuento del capitán las ratas cavaban en el ano como en su infancia lo hacían los grandes gusanos. Así el significado de pene de las ratas descansaba a su vez en el erotismo anal (Freud, 1909, p. 168)

Como ya se ha mencionado, la regresión a la fase sádico anal se encuentra en la esencia de la neurosis obsesiva.

Grunberger sostiene que "la fantasía anal esconde siempre, en cierto nivel, una fantasía de introyección anal, más o menos culpable, del pene como si este encuentro anal de un contenido y un continente (...) fuera el prototipo, en ese nivel de toda relación de objeto" (Grunberger, citado en Massota,1989,p.133).

Aún establece Freud un sentido más al simbolismo de las ratas, concluye que ratas eran también para el paciente, hijos. La génesis de dicha asociación radica en un episodio donde cierta vez visitando la tumba de su padre le pareció ver una rata merodeando por el lugar y enseguida le invadió el pensamiento de que dicha rata vendría de la tumba del padre y se habría comido su cadáver. La asociación realizada por Freud se basa en que como la rata es un animal que roe y muerde siempre que es

perseguida y atacada por el hombre y que él también “era un tipejo así de asqueroso y roñoso, que en la ira podía morder a los demás y ser por eso azotado terriblemente” (Freud, 1909, p.169) encontraba así en la rata su propia imagen.

Las ratas serían entonces hijos, según sus tempranas experiencias y sus fuertes consecuencias, ya que cuando niño habría mordido a alguien y su padre le habría propinado un golpe. Así se llega a la última asociación y es que la dama a quien admira hace años, no podía concebir hijos como consecuencia de una operación ginecológica, siendo esto motivo de gran perturbación para el paciente ya que amaba en gran medida a los niños.

Es entonces que cuando aquel capitán contó sobre el castigo de las ratas, el paciente lo asoció con la escena infantil donde él mismo había mordido, el capitán se le habría posicionado en el lugar del padre. La idea fugitiva que se le impuso de que tal vez le podría suceder algo parecido a ese castigo a una persona amada por él, según Freud “se traduciría en una moción de deseo: A ti habría que hacerte algo así, moción dirigida al que hizo el cuento, pero tras él, sin duda, al padre” (1909, p.170)

Para concluir es preciso destacar que este historial clínico no es en vano un clásico de la literatura psicoanalítica. En él queda demostrada la importancia y continuidad que posee la vida instintiva de los primeros años en la posterior edad adulta de la persona y como ésta afecta los contenidos sintomáticos.

En relación al paciente es posible apreciar la exposición y manifestación de muchos de los mecanismos que intervienen en la neurosis obsesiva tales como el aislamiento, la formación reactiva, la duda, la anulación y el pensamiento mágico, así como también se pueden ver las imposiciones de la fase sádico-anal.

En el caso se puede apreciar la constante regresión de conflictos inconscientes que no han sido resueltos y se destaca uno de los principales criterios de analizabilidad, esto es, “la necesidad de contar con la parte sana e intacta de la personalidad del paciente para que colabore con el manejo de la situación analítica” (Zetzel, 1967 citado en Massota, 1989, p.106).

4. Consideraciones finales.

A lo largo del presente trabajo final de grado se procuró realizar un recorrido por el trayecto realizado por Freud en el estudio de la neurosis obsesiva. Por tal motivo fue necesario detenerse en momentos de quiebre y grandes virajes en la teoría psicoanalítica desarrollando por ejemplo, el momento de abandono a la teoría de la seducción.

Previamente a este recorrido se expusieron los antecedentes en relación a la temática que la psiquiatría había abordado hasta el momento, pudiendo apreciar así cuales eran los conceptos y desarrollos que Freud tuvo a su alcance a la hora de iniciar su teoría.

Se ubicó a los inicios de las conceptualizaciones freudianas en el estudio de la neurosis obsesiva entre 1894 y 1905, mediante publicaciones como “Puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” y “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”. Si bien a lo largo de la teoría los desarrollos expuestos en estos dos artículos fueron modificándose, quedaban sentadas las bases de esta estructura que iría tomando forma a lo largo de la obra freudiana.

En este periodo, Freud, ubicó el origen de la neurosis en experiencias y acontecimientos traumáticos de índole sexual, ocurridos en la temprana infancia y vivenciados de forma activa, así como también expresó el curso típico de la neurosis obsesiva y distinguió tres diferentes formas de la misma.

Este periodo culminará con el abandono de la teoría de la seducción, por lo que ya no se considerará que esas vivencias sexuales llevadas a cabo en la infancia hayan tenido lugar realmente, si no que puedan ser producto de la fantasía. Así la teoría sexual no sería abandonada, sino que tomaría un nuevo rumbo.

Un segundo periodo es ubicado entre los años 1905 y 1913, momento clave para la teoría psicoanalítica, tras la publicación de “Tres ensayos de teoría sexual” se aprecia como la teoría de la sexualidad infantil va ganando terreno en el campo psicoanalítico. Posteriormente con las publicaciones de “Carácter y erotismo anal” y “La predisposición a la neurosis obsesiva” se establecería que las defensas del yo tendrían en esta neurosis una regresión a la fase sádico-anal.

En "Acciones obsesivas y prácticas religiosas" puede apreciarse como el estudio y análisis de esta neurosis va cobrando cada vez más importancia. Si bien el texto se basa en un paralelismo entre el accionar obsesivo y las prácticas religiosas, se pueden apreciar en él la descripción de muchos de los síntomas y mecanismo presentes en la neurosis obsesiva. Desarrollará temas como el ceremonial neurótico, ideas obsesivas y la confirmación de que uno de los principales mecanismos gobernantes en esta estructura es el desplazamiento.

En un tercer y último periodo se ubicó a las publicaciones freudianas que abarcan los años 1923 al 1925. En este, Freud presenta un nuevo modelo de aparato psíquico definido por tres instancias psíquicas, el yo, superyó y el ello.

Lo característico de la neurosis obsesiva será la presencia de un superyó extremadamente severo y cruel.

Por último en "Inhibición síntoma y angustia", Freud desarrolla la formación del síntoma en la neurosis en cuestión y presenta dos nuevas técnicas defensivas del yo.

En cuanto al tercer capítulo se expuso el historial clínico del "Hombre de las Ratas", considerando el análisis realizado por el propio Freud así como también aportes de otros autores.

Es un caso sumamente rico para el estudio y análisis de la neurosis obsesiva, en él se pueden ver mecanismos de defensa típicos de esta neurosis, así como también diferentes rasgos característicos como la presencia del superyó sumamente cruel, la culpa, la duda, fuerte presencia de temáticas de muerte, el rol clave que ocupa la figura paterna y sobre todo el tedioso accionar obsesivo, sus agotadores rituales y compulsiones, así como también el fuerte padecer que esta neurosis conlleva, inhibiendo la acción y el pensamiento.

De este modo se realizó el recorrido por las distintas etapas de la obra freudiana que dieron forma y definieron esta estructura psíquica. Este no fue un proceso rápido ni sencillo, sino que se vio caracterizado por un desarrollo paulatino, dividido en varias etapas, en el que se fueron modelando y estableciendo las diferentes concepciones y características que dieron lugar al concepto de neurosis obsesiva en el psicoanálisis.

Referencias bibliográficas

- Bercherie, P. (1980). Los fundamentos de la clínica. Buenos Aires: Manantial.
- Bercherie, P. (1988). Génesis de los conceptos freudianos. Buenos Aires: Paidós.
- Berrios, G. & Porter, R. (2012). Uma historia da psiquiatria clínica. Vol III. San Pablo: Escuta
- Delgado, O. El cuerpo y la neurosis obsesiva. Fragmento de la conferencia expuesta durante las jornadas El Psicoanálisis hoy (12, 13 y 14 de junio, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires). Intersecciones Psi. En:
http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=204:el-cuerpo-y-la-neurosis-obsesiva&catid=9:perspectivas&Itemid=29
- Freud, S. (1894). Neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1897). Fragmento de la correspondencia con Fliess. Carta 69. En Obras completas. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de la teoría sexual. En Obras completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1907). Acciones obsesivas y prácticas religiosas. En Obras completas. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1908). Carácter y erotismo anal. En Obras completos. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el “Hombre de las ratas”). En Obras completos. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). 16° conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría. En Obras Completas. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Godoy, C & Schejtman, F. (2009). La neurosis obsesiva en el último periodo de la enseñanza de J. Lacan. Facultad de psicología - UBA / Secretaría de investigaciones / Anuario de investigaciones/ Volumen XVI. Buenos Aires. En: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v16/v16a46.pdf>
- Green, A (1965). Metapsicología de la neurosis obsesiva. Revista uruguaya de psicoanálisis. Uruguay. En: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1970/1688724719711972130104.pdf>
- Laplanche, J & Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós
- Massota, O & Jinkis, J. (1989). Los casos de Sigmund Freud. El hombre de las Ratas. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Navarro, J. (2004). Neurosis obsesiva. Teoría y clínica. Buenos Aires: Lugar Editorial

- Pichot, P. (1983). Un siglo de psiquiatría. Paris: Roger da Costa
- Roudinesco, E & Plon, M. (1998). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós