

## Reflexiones en torno a la neurosis obsesiva y la melancolía. Una concepción a propósito de la psicopatología

*“Cuando un sujeto se enfrenta a las peripecias de su ser, a la extrañeza de su mundo interior y a la pérdida de sus puntos de apoyo fundamentales, para comprender ese mundo interior no le basta atribuir su sufrimiento, angustia y soledad exclusivamente a las peripecias de su vida; también debe situarse en la urdimbre de significaciones culturales que desempeñan un papel determinante en la formación de la personalidad”*

EVELIN PEWZNER

Esp. Fabián Orozco Orozco

Psicólogo USB  
Docente de la FUNLAM

*¿Somos referencia de la edad media... del exorcismo... la flagelación? ¿Somos el síntoma del judaísmo cristiano? Intentar situar el asunto de la neurosis obsesiva y la melancolía en occidente implica revisar la culpabilidad en la cultura de Occidental, para lo cual en principio requiere de abordarla en la vivencia individual y considerar la expresión de conciencia culpable que exige necesariamente reconocer la mirada y escucha de la clínica. Resulta pertinente partir por definir la nosografía de las referencias y entre ellas los manuales psicopatológicos y más específicamente La sección de los trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV [1] cuyo parámetro incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, donde se encuentra clasificado como uno de los episodios afectivos, el episodio depresivo mayor.. En la segunda parte del grupo de los trastornos del ánimo se describen los trastornos del estado de ánimo y aparece el Trastorno depresivo mayor. Éste se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión) y cuyos criterios para el diagnóstico son:*

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día..

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.

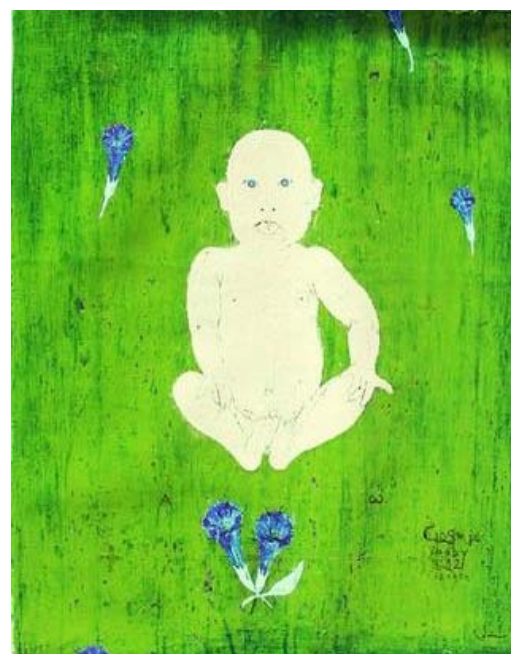
(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

En el apartado donde se menciona la especificación de síntomas melancólicos, la característica esencial de un episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos, es la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. El estado de ánimo depresivo de los sujetos no mejora, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno. Además hay al menos tres de los síntomas siguientes:

-Una cualidad diferente del estado de ánimo depresivo.

-La depresión es habitual-mente peor por la mañana, con despertar precoz, -Enlentecimiento o agitación psicomotores, anorexia significativa o pérdida de peso, o culpabilidad excesiva o inapropiada. La especificación con síntomas melancólicos es aplicable si estos síntomas aparecen en el transcurso del episodio. Hay una casi completa ausencia de capacidad para experimentar placer.

A partir de lo anterior es pertinente iniciar la reflexión. Muchas veces se ha subrayado en la historia de la “locura” las afinidades entre las manifestaciones de la melancolía y los síntomas de la neurosis obsesiva para lo cual resulta necesario iniciar con la revisión la concepción



Cosmic Baby 12

Pintura. Pigmentos Naturales sobre Lino.  
Dominique Rousserie

histórica de la melancolía y así suscitar las sospechas con respecto a dichas afinidades. [2] Las referencias históricas de los manuales de psicopatología reconocen el origen de la melancolía haciendo alusión a la bilis negra. Se destaca el interés que desde la edad media y al menos hasta el siglo XVIII no solo los médicos sino además los artistas, los filósofos y los teólogos han dedicado a la melancolía; los trabajos suscitados durante el Renacimiento, considerada la "edad de oro de la melancolía" inspiró en el arte a pintores, humanistas y moralistas, tanto incluso más de lo que inspiró a la medicina. El tema se convierte para la época en un asunto de moda. Lo anterior ubica necesariamente a la melancolía como un hecho de cultura. Desde luego, las diversas realidades descritas por el mismo vocablo en el transcurso de los siglos no están estrictamente presupuestadas a la descripción clínica que se hace hoy en día de la melancolía en la semiología occidental.

Se evidencia así una línea central que parte de la época de Pinel y de sus contemporáneos sobre todo a partir de la teoría humoral y en especial la bilis negra considerada como un humor corrompido y donde en el Renacimiento se relaciona el Mal y lo negro, es decir, el diablo y la bilis y se plantea que el humos negro y lo cenagoso que originaba la melancolía atrae irresistiblemente al "diablo de ojos como brasas". Los nexos entre la melancolía y el pecado se hicieron cada vez más estrechos como principio analógico.

Ya Jean Starobinskien en 1960 subrayaba la complejidad del fenómeno anotando el enfrentamiento al que estaban sometidos los teólogos y los médicos en cuanto al tema. Surgían pues dos preguntas: "¿Se trata de una afección que requiere tratamiento médico? O un pecado de tristeza... de acedia?" La acedia, considerada como el mal propio de la soledad profunda y cuya idea se desplegó por todo el mundo como la tendencia complaciente a sumergirse en su ruina que ni la "gracia divina" podía asegurar la salvación, genera la idea de que dicho padecer es la mayor de las desgracias. El tratamiento que aplicaron en el siglo XIX Pinel, Esquirol, lejos de ser una gran tradición que los precede se inspira muy directamente en los conceptos antiguos y era la siguiente: "Hay que actuar sobre las pasiones, inspirando sentimientos, hábitos y pasiones diferentes aquellos que la enfermedad ha implantado...la tarea del terapeuta es destruir la idea exclusiva de la que el melancólico es víctima: "yo llevo en mi una existencia parásita".

Es así como el elemento punitivo y moralizador; raramente ausente en las prácticas terapéuticas mejor intencionadas, traduce bien la asimilación tenaz entre la enfermedad y el pecado. El aspecto punitivo de los tratamientos, de los que se espera una verdadera revolución moral marca la necesidad de purificar el alma a costa incluso del propio cuerpo. Es necesario encerrar al sujeto, bañarlo y utilizar cualquier variedad de ungüentos.

Ya en el siglo XIV la melancolía fue individualizada como una tristeza patológica y se afirmaron los lazos con la manía siendo el carácter infernal del sentimiento de culpa lo que marcó su especificidad. [3] En la Neurosis Obsesiva el panorama no es más alentador. Ha tenido en la producción cultural, en la historia ni en la medicina occidental la misma fortuna que la melancolía. Su individualidad sólo habría de ser realmente delimitada a fines del siglo XIX y hay que mencionar que hasta Freud las descripciones diversas y las sucesivas denominaciones sólo alcanzan a circunscribir de manera muy poco precisa la realidad clínica que hoy en día nos parece evidente. Se hablaba de Monomanía (Esquirol), le locura lúcida (Trelat), de locura conciente (Baillarger), de Paranoia rudimentaria (Morselli) y se sabe que hasta Freud fobias y obsesiones se confundían y que aún continúan para la psicología confundiendo el vocabulario clínico.

La cuestión de la culpabilidad sólo va a ser explícita y claramente planteada por Freud y Abraham. Es así como la noción de Neurosis Obsesiva se despejó tardía y laboriosamente en la nosografía occidental desde tiempo atrás a la realidad psicológica y la cual abarca la era más familiar a los moralistas y a los teólogos que a los médicos, se podría afirmar con certeza que el carácter escrupuloso promovido por la práctica del examen de conciencia y la búsqueda inquieta de la perfección moral, resultaba familiar a los moralistas y a los teólogos que muchas veces tenía que ver con excesos desconcertantes. Es decir, según el *método para la dirección de las almas* y cuyo referente son los rituales cristianos: "Los escrupulosos se hacen conocer sobretodo en el uso de los sacramentos; pierden el tiempo examinándose sin fin; se agotan en investigaciones inútiles; no es suficiente lo que se hace, hay que sentirlo; tan pronto como salen del tribunal regresan siempre pensando que han explicado mal o que el confesor no les ha comprendido...la perturbación de la salud, la disminución del espíritu y del vigor del alma, una cierta indisposición para las funciones de la vida civil y de la vida cristiana, mucha testarudez, maneras extrañas y ridículas, talentos perdidos..."

De esta manera y más instruidos que los clínicos, más familiarizados que éstos con la conciencia exageradamente escrupulosa, los confesores reconocieron la inquietante de esta entidad. Pero estos señalamientos sólo constituyen un panorama. Estas breves consideraciones nos muestran que es justamente la culpabilidad la que desempeña un papel central en cada una de estas entidades.

Sin duda el estudio de los rasgos de personalidad valorados y favorecidos por la cultura occidental. En el plano de las interpretaciones de los fenómenos es difícil no ser sorprendido por la dimensión autopunitiva de los síntomas y de las conductas, tanto en la melancolía como en la neurosis obsesiva. Tanto el pecado como la penitencia parecen estar en la dinámica psicológica y que son propios de la cultura occidental.

#### **Afinidades entre la melancolía y la neurosis obsesiva.**

k. Abraham, A. Green y H. Tellenbach son algunos de los autores que han pensado el parecido entre ambas entidades. Plantean que los pacientes melancólicos presentan rasgos característicos de la personalidad obsesiva y en el obsesivo la culpabilidad alcanza a veces una intensidad tal que el componente depresivo se acerca mucho a la melancolía.

Abraham dice que dicho parentesco está en el desplazamiento de la libido del paciente al mundo de los objetos. "Hay una ambivalencia marcada de la vida pulsional global...las analogías entre ambas no sólo son detectables en los episodios agudos o en los momentos fecundos en el curso de la evolución, también en el curso de las fases intercríticas: Las mismas particularidades concernientes al orden, la limpieza, la misma tendencia a la obstinación y la terquedad, alternan con una tolerancia y una bondad excesivas, las mismas anomalías en el manejo del dinero y los bienes.

Desde el Psicoanálisis la diferencia entre la melancolía y la neurosis obsesiva está en la referencia particular a la noción de regresión; ésta alcanzaría la fase más arcaica, canibalesca, en el melancólico, mientras que se detendría en un estado ulterior, sádico-anal, en el obsesivo. Según A. Green los puntos de fijación del futuro deprimido se sitúan en el estadio sádico-anal primario (expulsión-rechazo), y le abren la vía una regresión oral, en el caso de crisis, mientras que la fijación obsesiva no implica ni abandono ni destrucción del objeto, pero siempre actúa en el sentido de una hegemonía conservadora con respecto a éste. El mismo autor destaca que hay un agotamiento psíquico ligado a la lucha contra las obsesiones y es precisamente la consecuencia de los reproches del Superyó; es decir, precisamente el nivel de rigor de la conciencia moral donde la melancolía y la neurosis obsesiva están sorprendentemente próximas.

Por otro lado, Tellenbach encuentra rasgos comunes entre ambas entidades y entre ellos uno de los más sorprendentes es la preocupación extrema por lo que el debe; viviendo en la angustia de quedarse detrás de sus propias exigencias, sin soportar ninguna deuda psicológica con el deseo y persistencia constante de estar libre con respecto a las demás personas, de no conservar ante ellas la menor obligación. El obsesivo como el melancólico siempre dudará de haber hecho lo suficiente: Repetir, rehacer, es tal vez un avatar entre el lugar de su exigencia (Ideal del yo) y la realidad, cuyo campo le parece escandalosamente minado de riesgos, imprecisiones, paradojas y otros desórdenes.

Es así pues como la melancolía y la neurosis obsesiva ofrecen dos modelos de la expresión de la culpa. Evidencian en la clínica afinidades reconocidas de sufrimiento psíquico, tanto en el nivel de la organización de la personalidad como en el nivel de resonancia de las expresiones sintomáticas. En ambos casos la comprensión y la interpretación del conjunto del cuadro clínico se organizan a partir de la noción de culpabilidad. La culpabilidad ocupa en el contexto occidental un lugar y una función determinantes y desde diferentes autores de la psiquiatría y ciencias humanas a nivel transcultural hay una tendencia universal a considerar la melancolía como parte de las culturas tradicionales en el transcurso de los últimos veinte años, los cuales no pueden ser explicados sólo por factores socioculturales de urbanización, occidentalización, relajamiento de los lazos familiares, además de estar relacionado con la evolución de los conceptos diagnósticos; ahora bien, esto están influidos por el reconocimiento de las características semiológicas ligadas a la cultura y por las consideraciones de las mismas en el enfoque nosográfico y epidemiológico. Ya en 1904, Kraepelin [4], demostrando un notable sentido clínico planteaba que jamás había encontrado estados depresivos completamente desarrollados tal como los que se encontraban en las salas de los hospitales. En el mismo sentido, la ausencia de ideas de culpabilidad y de tendencias suicidas. Lo anterior haciendo alusión a lo que históricamente se ha subrayado con respecto la rareza de los sentimientos de culpa y de autoacusación en el África Negra, e Indonesia, en Egipto, entre los chinos de Hong-Kong y entre los japoneses. Para un número creciente de clínicos está claro que hoy en día el diagnóstico de depresión está necesariamente ligado al conocimiento y al reconocimiento de los síntomas y los términos específicos de que dispone un sujeto para expresar su tristeza y desconcierto, pero en los países mencionados los sentimientos persecutorios dominan el cuadro clínico mientras que en los países occidentales, la autodepresión, autoacusación, de indignidad y culpa, así como de conductas suicidas, representan los criterios diagnósticos esenciales de la depresión melancólica.

En 1967 Murphy, Wittkower y Chance habían llegado a la conclusión de que los sentimientos de culpabilidad estaban prácticamente ausentes de las culturas orientales y en 1973 Angst subrayaba que el "sentimiento de culpabilidad se observa con certeza en los países cristianos y en cierta medida en países islámicos y desconocido en cualquier otro lugar".

Está claro pues que el clínico es interpelado en cuanto a su validez universal de su saber, en la medida en que la sintomatología ya incita a subrayar la importancia de la dinámica de la vergüenza y de la persecución en gran número de culturas no occidentales. Todo parece indicar que la expresión del sufrimiento depresivo utiliza los mecanismos culturales que intervienen en el desarrollo de los individuos. Según Evelin Pewzner, la pretensión no es negar la existencia de la depresión ni minimizar su incidencia en el seno de las culturas occidentales (Ya no se afirma que la psicosis maniaco-depresiva, en la forma melancólica sólo pertenezca a la clínica de occidente), pero es pertinente que los criterios diagnósticos, dice Pewzner, no sean los mismos allí o allá, es decir, allí persecución y manifestaciones somáticas y en otro lado, delirio de culpabilidad. Recordemos que lo que precisamente en occidente cristiano caracteriza mejor a la melancolía es el conjunto autoacusación-culpabilidad, tenido por el patognomónico de esta expresión de la depresión mayor.

La experiencia dolorosa del melancólico y del obsesivo está centrada en un sentimiento abrumador de una culpabilidad personal que roe el ser y del cual parece imposible poder liberarse jamás. Pensamos que hay, no una simple coincidencia, sino una verdadera analogía entre esta vivencia patética y un discurso cultural, arraigado este último sobre todo en la tradición cristiana, centrada en la problemática del pecado original y en su redención a partir del sufrimiento y la muerte de Cristo. Los temas que se expresan en el discurso del melancólico y del obsesivo son como el eco de los grandes temas que forman la trama de nuestra tradición cultural. La melancolía conduce al tema del pecado y la expiación, mientras que la neurosis obsesiva expresa de manera exagerada, caricaturesca, el problema de la oposición dualista entre el alma y el cuerpo, como lo demuestran con claridad algunas observaciones de la

oposición entre el bien y el mal.

La suciedad que pudre el ser en su intimidad no puede ser lavada ni por la coacción del ritual obsesivo ni por la muerte a la que el melancólico llama con todas sus fuerzas, puesto que esta muerte desemboca en la condenación eterna. El universo de la falta y el remordimiento es un universo cerrado; ni siquiera el sufrimiento al cual el melancólico y el obsesivo otorgan un valor redentor (porque es punitivo), puede conducir a la liberación de esta interminable tortura que uno y otro se infligen.

No se puede desconocer la polarización indiscutiblemente la descompensación psicótica, la atenuación sintomática en ciertas perturbaciones neuróticas y en otras no como en el límite de la psicosis donde el yo no está escindido y está cercado hasta sus últimos reductos.

Henry Ey escribe: "...aquel que conoce y ha profundizado en la conciencia melancólica...en la neurosis obsesiva, admite como algo evidente que por más humana y moral que sea, esta conciencia morbosa nos presenta la caricatura, sinistra y lamentable del pecado".

---

**NOTAS:**

[1] DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos del estado de ánimo. P. 223.

[2] Pewzner, Evelin. El hombre culpable. La locura y la falta en occidente. 506 p. 1999

[3] Idem

[4] E. Kraepelin, Psychiatrie- Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, 8ª. Ed., Leipzig, Barth,1909-1915, pp. 1358-1359.

---

[INICIO](#) | [PRESENTACIÓN](#) | [EVENTOS](#) | [SITIOS RECOMENDADOS](#) | [STAFF](#) | [CONTÁCTENOS](#) | [CORREO](#) | [FUNLAM](#)

© 2007