

ÉS LA HISTÈRIA

UNA MALALTIA DE DONES?

Míriam de la Prada

La histèria, aquesta paraula que sovint tenim a la boca per qualificar molta gent, és una patologia complexa, amb uns criteris definits pel seu diagnòstic, i amb un tractament efectiu en la majoria de les ocasions

La histèria és una malaltia coneguda gairebé des de fa 4000 anys. Des d'èpoques molt reculades es troben descripcions de manifestacions patològiques semblants a les que actualment es consideren característiques d'aquesta malaltia. Aquestes descripcions ja feien l'úter responsable de l'estat patològic per la compressió que provoca amb els seus moviments sobre els altres òrgans.

És per això que l'etimologia del mot histèria prové del grec *hysterà*. Hipòcrates ens explica l'origen de la histèria pels moviments uterins, deguts a la privació de relacions sexuals. Trobem ja el primer punt d'unió entre la histèria i el sexe, que Freud recollirà molts segles més tard.

El 1608 Sydenham va ressaltar el caràcter sempre canviant de la malaltia, suggerint que, al contrari del que es creia fins en aquell moment, no existia simulació en els pacients histèrics, i que la malaltia tant podia aparèixer a l'home com a la dona.

El segle XIX, Charcot intentà explicar el problema de la histèria amb una concepció "*neurològico-orgànica*" i assenyalà com a causa un procés degeneratiu del sistema nerviós central de caràcter hereditari.

Babinsky, alumne de Charcot, creia, per contra, que la malaltia no té cap fonament orgànic i que la causa era totalment psicològica.

Freud es va interessar per la idea, ja

apareguda a Grècia, d'una alteració sexual com a base dels trastorns histèrics. Ja és clàssica la seva descripció de la malaltia en el famós *Cas d'Anna O.*, gràcies al qual Freud arribà a la conclusió de l'existència d'un trauma psíquic condicionant dels símptomes. Tanmateix aquests símptomes estarien en relació amb el simbolisme sexual propi de cada individu. Hi hauria dues classificacions dels símptomes: els que tenen una causa orgànica, que serien els anomenats "*símptomes de conversió*", i els que resulten de l'activitat mental pròpia, que serien els "*símptomes de dissociació*".

El mecanisme de conversió inclou la repressió d'un fet inacceptable, tot seguit d'una transformació (o conversió) de l'energia que el compon en un símptoma somàtic. Aquest símptoma canalitza l'energia de l'impuls i protegeix l'individu dels seus desigs no volguts; que, d'aquesta manera, resten reprimits al subconscient, sense expressió directa.

La interpretació d'aquests mecanismes no ha canviat des que Freud va introduir-la, i la terapèutica es fonamenta en el fet de desfer-se de la repressió que conclourà amb la resolució del símptoma.

D'altra banda, els símptomes de dissociació es caracteritzen per la pèrdua de la "unitat psíquica", és a dir, signifiquen la pèrdua de la unitat del pensament normal durant la vigília, cosa

que facilita que existeixi un predomini d'altres elements menys estructurats, i que provoquin en l'individu perplexitat, o estranyesa.

Quasi alhora, Janet va descriure el concepte de la *belle indifférence*, fent referència a l'actitud passiva que existeix en alguns histèrics en contraposició a la gravetat que semblen tenir els seus símptomes.

Avui, podem disposar de dues definicions fonamentals quant a la histèria: la definició de l'Organització Mundial de la Salut i la que ens proporciona el DSM-III, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que recull la nomenclatura americana i les classificacions de les malalties psiquiàtriques als EUA.

La definició de l'OMS és la següent: "*La histèria es caracteritza per l'existència de trastorns mentals, dels quals el malalt no coneix els motius, que provoquen una restricció dins del camp de la consciència o alteracions de les funcions motores o sensorials, que semblen tenir uns avantatges psicològics o un valor simbòlic.*"

A diferència de la definició de l'OMS, el DSM-III ha proposat, en primer lloc, no utilitzar el terme d'histèria, potser per la seva utilització indiscriminada i poc científica; el que fa és agrupar els símptomes en tres subgrups:

1.- Trastorns somatiformes: dins d'aquesta categoria s'inclouen el trastorn

per somatització o síndrome de Briquet; el trastorn per conversió; la psicàlgia; i el trastorn atípic somatiforme.

2.- Trastorns dissociatius: tots aquells relacionats amb l'activitat mental de l'individu. Inclou l'amnèsia psicògena, la fuga psicògena, la personalitat múltiple, l'existència de trastorns de despersonalització, i altres.

3.- Trastorns per simulació: dins aquest grup trobem les malalties simulades amb símptomes psicològics; la síndrome de Münchhausen i altres malalties simulades amb símptomes físics.

EPIDEMIOLOGIA

La freqüència de la histèria de conversió a la població general se situa al voltant de l'1-2 % en la població femenina.

La vessant masculina de la malaltia és encara molt desconeguda, ja que sembla que existeix una certa recança a establir aquest diagnòstic als homes, que, més aviat, són classificats dins d'uns altres apartats de les neurosis (hipocondriasi, angoixa,...).

Això, evidentment, no respon a les grans diferències que existeixen entre el quadre clínic femení i masculí, perquè bàsicament és el mateix. Potser, en l'home, la simptomatologia histèrica és menys exagerada, menys típica. No es donen les grans crisis d'agitació, paràlisi o alteracions sensitives, però existeixen àlgies, mareigs, i altres símptomes, que tenen com a fi el mateix en ambdós sexes: captar l'atenció dels qui els envolten.

És probable que les connotacions que té el fenomen histèric, tant entre el públic en general com entre els metges, siguin les responsables d'aquesta situació. Sembla associar-se a la feblesa i la simulació, característiques que poden ésser totalment tolerables si parlem d'una dona, però pel que fa a l'home, aquests comportaments provoquen un total rebuig, socialment parlant.

Tornant a les estadístiques, trobem que aproximadament el 10 % de pacients psiquiàtrics ingressats als hospitals i entre el 5-11 % dels pacients psiquiàtrics no hospitalitzats, estan diagnosticats d'histèria (Bibb and Guze, 1972; Farley et al., 1968).

Folks et al. (1984) trobaren que de 1.000 consultes psiquiàtriques dins d'un Hospital General, la prevalència dels símptomes de conversió era aproximadament d'un 5 %, una tercera part dels quals corresponien a trastorns de somatització.

Podem veure que la histèria, a més de les seves consideracions del diagnòstic pel sexe, per si mateixa és una malaltia tan diversificada que és difícil de diagnosticar seriosament; és fàcilment atribuïble a molts comportaments tolerats per la societat i, per tant, no sembla necessari que exigeixi tractament mèdic.

ETIOPATOGENIA

Els estudis genètics al voltant de la histèria no són gaire concloents. No podem relacionar una alteració genètica amb la malaltia, però pot relacionar-se amb l'ambient psicosocial. El que sembla tenir consistència, des d'un punt de vista genètic, és l'existència de personalitats anormals i psicopàtiques, en les quals es manifesta un risc elevat de



Pacient histèrica, subjectada durant una breu crisi, en un antic gravat. Des de fa molts segles, la histèria s'havia relacionat amb problemes sexuals. No fou fins al segle passat que Charcot intentà explicar el problema de la histèria amb una concepció "neurològico-orgànica".



desenvolupar símptomes histèrics en relació amb altres subgrups de població.

Des del punt de vista de la biologia, encara són desconegudes les alteracions neurofisiològiques que existeixen com a base d'aquesta patologia. Bàsicament hi ha estudis que afirmen que els histèrics presenten, com a fenomen comú, una hipoactivació cortical, relacionada amb la seva extraversió, acompanyada, per la seva condició de neuròtics, d'una elevada activació vegetativa.

Ley (1978) va fer un estudi amb 68 pacients. Les conclusions varen ser les següents: el 69 % dels individus tenien un predomini dels símptomes de conversió a l'hemicòs esquerre. Com a conseqüència, l'autor manté que existeix una anomalia dins l'activitat de l'hemisferi dret del cervell, encarregat de la integració de les emocions.

Les observacions condueixen a establir que en els pacients histèrics que presenten crisi amb paràlisi, pseudo-epilèpsia, etc, existeix una manca d'atenció i de memòria recent; de la mateixa manera, les il·lusions visuals es presenten més freqüentment en el cas de lesions a la part dreta que a les localitzades a l'hemisferi de l'esquerra.

Dins de la histèria, en qualsevol de les seves formes, hi ha un defecte en la capacitat d'adaptació de les emocions i s'obtenen respostes exagerades a diferents estímuls afectius.

Això pot ésser degut al desig de manipulació i control de l'entorn, però també a l'existència d'una disfunció de l'activitat cerebral.

D'altra banda, l'entorn familiar té molta importància pel que fa a l'origen i pronòstic d'aquests pacients. El reforç donat a determinades conductes, condiciona formes de conducta futures que poden ésser totalment patològiques.

L'inici de la personalitat histèrica es manifesta a la infantesa i a l'adolescència, però el futur del pacient resta condicionat a l'organització i actituds ambientals que incideixen en la seva vida d'adult.

PERSONALITAT HISTÈRICA

Hi ha uns trets comuns que ens poden servir per a fer un "retrat-robot"

■ **Les personalitats histèriques presenten uns trets comuns, que ens poden servir per fer un "retrat robot": egocentrisme, histrionisme, labilitat emocional, suggestibilitat, dependència, erotització de les relacions socials i temor a la sexualitat.**

amb què podem reconèixer la personalitat histèrica. Hem de remarcar que no totes les persones amb aquesta personalitat tindran el quadre clínic que descriurem amb posterioritat com a típic de la histèria. Aquests trets comuns són els següents:

1.- Egocentrisme: el subjecte té la necessitat d'ésser el centre de l'atenció de tot el que l'envolta. És una conducta dirigida a la constant recerca de satisfacció, amb una disminuïda tolerància al rebuig.

2.- Histrionisme: el pacient histèric representa el seu "personatge" un personatge expansiu, exhibicionista i imaginatiu, que construeix un món d'acord amb la seva fantasia, per substituir el món real que no el satisfà. Dins d'aquesta característica ens trobem el fenomen de la *belle indifférence* caracteritzat per la indiferència total que representen aquests pacients per la seva simptomatologia, malgrat la seva gravetat aparent.

3.- Labilitat emocional: es dona en una persona inestable en les seves manifestacions afectives. Existeixen canvis sobtats d'humor, precipitats per

esdeveniments sense cap importància.

4.- Suggestibilitat: es manifesta tant en la vessant clínica, fent aparèixer o desaparèixer un símptoma, com en les seves relacions interpersonals, la qual cosa els fa vulnerables a les influències d'altres persones, sempre que no s'hi vulgui canviar la seva estructura existencial. Les facultats crítiques del subjecte són mínimes i el suggeriment d'una idea qualsevol és acceptada automàticament.

5.- Dependència: són persones que no han arribat a tenir una independència emocional adulta. Això fa que demanin sempre l'ajut i protecció dels altres. Estan encara ancorats a situacions infantils de dependència i no poden sortir d'aquestes situacions perquè haurien de renunciar al seu estatus de privilegi.

6.- Erotització de les relacions socials: és aquesta la manera que té la persona histèrica de manipular el seu entorn. D'aquesta manera és capaç d'assolir una posició avantatjosa per si mateixa i aconseguir ésser el centre d'atenció, provocant l'aprovació dels altres.

7.- Temor a la sexualitat: malgrat la seva exuberància envers els altres, la qual cosa ens podria fer pensar en una conducta sexual molt activa, també dins d'aquesta esfera existeix una problemàtica important. Són persones amb una incapacitat total per estimar qualsevol altre. No pot donar-se lliurement a una altra persona. Per això la frigidesa en la dona i la impotència en l'home, són disfuncions habituals trobades en aquests pacients.

L'existència d'aquests trets de personalitat en una mateixa persona ens fa sospitar, amb un alt grau de certesa, que estem davant d'un individu histèric que podrà, o potser no, desenvolupar posteriorment un quadre clínic susceptible de tractament i orientació mèdica.

Hem de tenir en compte que els símptomes clínics de la histèria poden aparèixer en una persona que no tingui cap d'aquestes característiques que acabem d'enumerar. Aquests trets de personalitat poden manifestar-se de manera feble, però amb l'existència d'un factor estressant per l'individu, pot desencadenar-se un quadre histèric agut.

ASPECTES CLÍNICS

La clínica de la histèria és molt diversa, com veurem a continuació. Aquesta és una classificació esquemàtica que ens permet tenir una idea de les diverses maneres en què es pot presentar la malaltia. En primer lloc, la farem des d'un punt de vista més simptomatològic (Sutter i cols.) potser, i després agruparem els símptomes segons la nova classificació del DSM-III.

TRASTORNS SOMÀTICS:

1.- Aguts:

1.1.- Crisis excito-motors:

1.1.1.- Gran crisi de Charcot: es manifesta en distints períodes, que són: en primer lloc, els pròdroms (aura) amb dolors diversos, palpitations, trastorns visuals, etc. Posteriorment trobem el període epileptoide, amb convulsions tòniques seguides d'altres de tipus clònic. Seguidament hi ha un període de moviments incoordinats (o clownisme), període de trànsit o d'actituds passionals; i finalment un període terminal en què es recupera la consciència: hi ha crisis residuals amb ploricó i singlots.

1.1.2.- Formes menors: expressió minvada de tot el que apareix a l'apartat anterior.

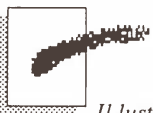
1.1.3.- Formes atípiques: amb simptomatologia extrapiramidal, accés de singlots, badalls, tremolors, tics, etc.

1.2.- Crisis d'inhibició:

1.2.1.- Letàrgia histèrica: simula el coma, però es recupera per tècniques suggestives o doloroses. Hi ha una oposició activa a l'obertura de les parpelles.

1.2.2.- Accessos catalèptics.

1.2.3.- Crisis sincopals.



Il·lustracions de l'obra de Richer "L'hystérie", que representen les diferents fases de la histèria.



El doctor Charcot, eminent metge francès que va estudiar a fons la histèria, donant una lliçó a la Salpêtrière.

2.- Persistents:

2.1.- Sistema nerviós de la vida de relació:

2.1.1.- Motors: paràlisis localitzades o generalitzades; trastorns de la fonació.

2.1.2.- Sensitius: anestèsia, hiperestèsia-parestèsies; síndrome de Lasègue (pèrdua de moviment d'un membre, si no és controlat per la visió.)

2.1.3.- Sensorials: visuals o auditius.

2.2.- Sistema neurovegetatiu:

2.2.1.- Predominantment motriu: espasmes faringis, ànsies, restrenyiment, vaginisme.

2.2.2.- Predominantment sensitiu: àlgies als òrgans interns.

2.2.3.- Síndromes vasomotores i tròfiques: cianosi, urticàries, hemorràgies.

TRASTORNS PSÍQUICS:

1.- Trastorns de la memòria. Punt

fonamental de la teoria freudiana.

2.- Inhibició intel·lectual.

3.- Sonambulisme.

4.- Desdoblament de la personalitat.

5.- Estats dissociatius aguts:

5.1.- Síndrome de Ganser: es caracteritza per respostes absurdes, defectes amnèsics, dèficit de concentració, al·lucinacions, etc.

5.2.- Estats crepusculars.

5.3.- Estats amnèsics i al·lucinatoris.

La classificació segons DSM-III fa una agrupació de tots aquests símptomes dins tres tipus de trastorns característics de la malaltia i que són els següents:

1.- Trastorns per somatització o síndrome de Briquet: es caracteritza per una alteració crònica i polisimptomàtica, que apareix abans dels 30 anys, i que inclou multitud de símptomes de tipus pseudo-neurològic, intestinals, dels òrgans sexuals femenins; que exigei-

xen moltes exploracions i fins i tot intervencions quirúrgiques.

2.- Trastorns de conversió: Psicoanalíticament, serien la manifestació corporal d'un símptoma inconscient substitutiu de la idea reprimida. L'estat del pacient sembla una síndrome coneguda, però els signes i els símptomes no poden ésser organitzats dins d'una malaltia mèdica o psiquiàtrica establerta.

3.- Trastorns dissociatius: Alteració sobtada i temporal de les funcions integradores de la consciència, la identitat o la conducta motora. Hi ha diverses formes d'expressió: amnèsia psicògena, fuga psicògena, personalitat múltiple, trastorns de despersonalització.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

Ljunberg (1959) estimà que la incidència de conversió en la població general a Suècia és del 0'5 %; resultats similars obtenen Weissman et al. (1978) als EUA: 0'4 %.

Merskey and Trimble establiren que existeix una relació entre símptomes de conversió i diversos tipus de personalitat, i van obtenir els següents resultats: el 19 % correspon a personalitat histèrica, també el 19 % a personalitat immadura i dependent; el 8 % correspon a personalitat obsessiva, i el 18 % sense cap patologia.

De gran importància són els estudis de Merskey i Buhrich (1975), en els quals es van tractar 89 pacients amb símptomes de conversió i es van trobar que 43 d'aquests tenien alguna mena de malaltia orgànica d'afectació cerebral: és molt freqüent l'associació amb epilèpsia (26%). Whitlock (1967) va comparar la prevalència de malalties somàtiques en pacients amb símptomes de conversió amb un grup control, i va

trobar una incidència més alta dins del primer grup (63% versus 5%).

Un dels estudis més importants dins d'aquest camp és el realitzat per Slater and Glithero (1965). D'un grup de 85 pacients, diagnosticats inicialment d'histèria de conversió amb un seguiment de 7 a 11 anys, 19 d'ells van presentar un quadre mixt amb patologia orgànica i símptomes de conversió; en 22 casos es va desenvolupar posteriorment patologia orgànica, i 12 varen morir (4 es van suïcidar). A més de la meitat de les sèries, els símptomes de conversió va-

■ **La clínica histèrica manifestada de forma aguda pot ser tractada aïllant el pacient**

ren associar-se amb patologia orgànica.

El diagnòstic diferencial es pot establir més freqüentment amb les següents entitats:

1.- Trastorns orgànics: és important remarcar la freqüent associació amb síndromes orgànics cerebrals (demències, traumatismes cranials, intoxicacions, tumors, ...). En aquests quadres es tracta més de reaccions histeroides que d'autèntiques neurosis histèriques.

2.- Tetània: S'associen des de fa molt de temps (Raymond, 1888). Hi pot haver un terreny convulsiu comú i també factors desencadenants comuns. El quadre clínic i els antecedents diferencien el diagnòstic.

3.- Epilèpsia: el diagnòstic pot ésser, en ocasions, difícil d'establir entre les dues patologies. La clínica és l'aspecte més important per al diagnòstic, la crisi histèrica té elements de simulació que es poden descobrir si s'observa amb minuciositat.

4.- Síndromes extrapiramidals: Van Bogert va descriure, l'any 1935, símptomes molt semblants als histèrics a

pacients amb encefalitis epidèmica. D'altra banda, el sulpiride a dosi elevada i els neuroleptics provoquen crisis extrapiramidals que recorden trastorns de tipus histèric.

5.- Hipocondria: a diferència de l'histèric, l'hipocondríac està greument afectat pel temor de tenir una malaltia, mentre que l'histèric manté la seva actitud de *belle indifférence*. La personalitat, a més, és diferent: l'hipocondríac viu centrat en les seves molèsties, mentre que l'histèric viu pendent de les repercussions de la seva actitud al medi que l'envolta.

6.- Neurosi de renda: el pacient afectat per aquesta neurosi utilitza el seu patiment orgànic per obtenir un profit secundari que li permeti abandonar les seves obligacions. A la histèria també hi ha una manipulació inconscient d'allò que l'envolta, però la seva finalitat és més afectiva que material.

TRACTAMENT

La neurosi histèrica és un trastorn crònic, amb manifestacions clíniques que es presenten de manera transitòria i en relació amb situacions concretes. Les manifestacions histèriques que apareixen en individus sense aquest tipus de personalitat com a base, és a dir, que apareixen com a reacció a un entorn estressant, tenen una presentació aguda i un pronòstic molt favorable.

La clínica histèrica manifestada de forma aguda pot ser tractada aïllant el pacient, en un intent de disminuir el profit que obté de l'estat patològic, i fomentar les situacions de salut.

Solucionada la fase crítica, l'abordatge de la personalitat histèrica és difícil; la psicoteràpia d'orientació dinàmica és, probablement, el millor tractament. La capacitat verbal, la possibilitat d'establir amistats, una vida gairebé regular, són requisits indispensables per a poder dur a terme una terapèutica psicoteràpica. L'edat és un altre factor a tenir en compte: després dels 45-50 anys és més difícil seguir el tractament.

Sifneos (1972) va establir uns criteris bàsics com a indicació pel tractament psicoteràpic, que són els següents:

1.- Capacitat per a reconèixer que els símptomes són de natura psico-

lògica.

2.- Tendència a la introspecció i relatar honradament les dificultats que poden existir.

3.- Desig de participar activament en la situació que ha creat el tractament.

4.- Curiositat per l'autoconeixement.

5.- Desig de canviar i experimentar.

6.- Esperances realistes sobre la psicoteràpia.

Com hem pogut veure, la histèria, aquesta paraula que gairebé sovint tenim a la boca per qualificar molta gent, és una patologia complexa amb uns criteris definits pel seu diagnòstic, i amb un tractament efectiu en la majoria de les ocasions. ■

Miriam de la Prada
és Llicenciada en Medicina.

BIBLIOGRAFIA

Gastó C.: *Histeria: trastorno somatomorfo-disociativo*. Medicine, cuarta edición, octubre 1986.

Gould R., Miller B.L., Goldberg M.A., Benson F.: *The validity of hysterical signs and symptoms*. J. Nerv. Ment. Dis., octubre 1986.

Hafeiz H.B.: *Clinical aspects of hysteria*. Acta Psychiatr. Scand., juny 1986.

Lloyd G.G.: *Hysteria: a case for conservation?*. Br. Med. J., 15 novembre 1986.

Merskey H.: *The importance of hysteria*. Br. J. Psychiatry, juliol 1986.

Savard G., Andermann F., Teitelbaum J., Lehmann H.: *Epileptic Münchhausen's syndrome: A form of pseudoseizures distinct from hysteria and malingering*. Neurology, octubre 1988.

Shalev A., Munitz H.: *Conversion without hysteria: a case report and review of the literature*. Br. J. Psychiatry, febrer 1986.

Snyder S., Pitts W.M.: *Characterizing somatization, hypochondriasis, and hysteria in the borderline personality disorder*. Acta Psychiatr. Scand., març 1986.

Taylor D.C.: *Hysteria, play-acting and courage*. Br. J. Psychiatry, juliol 1981.

Vallejo J., Bulbena A., González A., Grau A., Poch J., Serrallonga J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ed. Salvat 2ª edición.