

COLABORACIONES

El final de la histeria

El término neurosis fue acuñado en 1769 por el médico escocés William Cullen, para designar el conjunto de las llamadas enfermedades nerviosas, enfermedades que cursaban sin fiebre y que no dependían de una afección local de los órganos, sino de una afección general del sistema nervioso. Seguía Cullen la corriente vitalista de la Medicina de la época, que identificaba el principio vital con una fuerza nerviosa unitaria e «irritable», cuya alteración por atonía o espasmo causaba trastornos patológicos. En sentido amplio, todas las enfermedades eran nerviosas, pero sólo las neurosis dependían directamente de una alteración del sistema nervioso. Subdivididas en cuatro órdenes, incluían la apoplejía, las parálisis, el síncope, dispepsias, hipocondría, clorosis, tétanos, epilepsia, mal de San Vito, palpitaciones, disnea, tos ferina, cólico, diarrea, hidrofobia e histeria (1). Las neurosis eran enfermedades «fisiológicas y generales», lo que significaba un considerable aumento del número de especies consideradas como enfermedades nerviosas. Pero la evolución posterior del nuevo concepto consistió en ir limitando cada vez más el número de especies incluidas, quedando reducido al cabo de un siglo a la histeria y a las enfermedades emparentadas con ella.

El concepto de «enfermedad nerviosa» había sido formulado en el siglo XVII por médicos británicos, entre los que destacó Thomas Sydenham, autor en 1682 de un libro fundamental sobre la histeria. Consideraba que la histeria afectaba tanto a mujeres (histeria *sensu stricto*) como a hombres (hipocondría), y que consistía en un tras-

torno del funcionalismo nervioso, ocasionado por el desorden de los llamados «espíritus animales», los cuales, cargando impetuosamente y en gran cantidad en tal o cual parte, causaban espasmos y perturbaban las funciones de los órganos. Los efectos variaban según la zona afectada, y el mal adoptaba formas muy diversas. En ese sentido, la histeria imitaba a casi todas las enfermedades que afectaban el género humano, reproduciendo inmediatamente los síntomas propios de la zona u órgano afectado. Aparecía, por tanto, como la más real y la más engañosa de las enfermedades, puesto que los síntomas locales no eran sino la apariencia de una perturbación general. Era como una simulación del cuerpo, aunque lo que más se afectaba era el espíritu de los enfermos, que desesperaban de su curación, se llenaban de ideas tristes o pesimistas, perdían la ecuanimidad, etc. (2).

A fines del XVII la histeria, además de modelo de enfermedad nerviosa, es un fenómeno visible para un público ciudadano y con libre opinión, tornándose en un instrumento por el que el individuo confirma su identidad humana y social. Lo médico se implica con lo social, haciendo que todo el mundo hable o escriba sobre la histeria, narrando la propia enfermedad, ofreciendo toda clase de remedios caseros o divulgando el «arte de curarse a sí mismo» (3). Incidiendo en la misma línea interpretativa, durante el primera mitad del siglo XVIII se estimula la autoconciencia individual y social a través de la histeria. Y así Blackmore, médico y periodista, describe el *english spleen*, una especie de principio de individuación ubicado en el bazo de los ingleses

y determinante de las muchas variedades del genio nacional. Y G. Cheney se refiere a la «enfermedad inglesa», ocasionada por la buena nutrición, la abundancia y el bienestar, las ocupaciones sedentarias y el horror de vivir en ciudades grandes e insanas, y caracterizándose por una «destemplanza nerviosa» y síntomas diversos (convulsiones, espasmos, calambres, abatimiento, tristeza, etc.). En sus distintas formas, la histeria es aceptada como parte constitutiva de la sociedad civil, no sólo como un peligro que debe ser reducido por la racionalidad, sino también como fuerza autónoma, en lo corporal, en lo moral y en lo social, que sólo puede conocerse mirando al propio interior de cada cual. Es como un indicador del genio y de la originalidad individual, y también de la debilidad y de los sufrimientos corporales y morales, mostrando además que es preciso tratarse a sí mismo, que cada uno debe regular la estabilidad de los propios sentimientos.

En la segunda mitad del XVIII se inicia la Revolución Industrial, que va a destrozarse las condiciones de vida de muchos trabajadores y a extender entre ellos las «enfermedades nerviosas». Por otra parte, la «doctrina de los espíritus nerviosos» es lentamente sustituida por modelos de actividad nerviosa fundamentados en la experimentación psicológica, sentando las bases para una medicina científico-natural. Robert Whytt se refiere a una medicina somático-neurológica, concibiendo la histeria como un «desorden nervioso», que implica una alteración de la sensibilidad, ocasionada por las modificaciones del régimen o los bruscos cambios climáticos, y que puede transmitirse a todos los órganos por «simpatía». La nueva concepción de los «desórdenes nerviosos» es contemporánea a la «revolución de la sensibilidad», la revolu-

ción de los sentimientos y el primer romanticismo literario, interpenetrándose mutuamente en sus funciones sociales. En efecto, la revolución económica e industrial, comenzada a mediados del XVIII, trajo consigo una reordenación de la vida civil: la expansión hacia fuera se correspondía con la expansión hacia dentro. Los hombres de letras volcaron su atención en el hombre, en su naturaleza interior, en su conciencia. Se lamentaba la continuidad de la razón, y como recurso, se reconocía el derecho al sentimiento, de acuerdo con las necesidades de la pujante burguesía.

El individualismo, era, de hecho, una protesta contra el mundo aristocrático, pero también contra el mundo que lo había sustituido, contra la mecanización y la despersonalización de la mercantilizada sociedad burguesa. Y contra la racionalidad económica, se fomentaba la irracionalidad sentimental, al tiempo que se revestía a la naturaleza de cualidades morales, frente a una sociedad que la explotaba. Todo esto lo condensaba el escritor romántico Samuel Richardson, en cuyas populares novelas la vida privada, los problemas sentimentales de sencillos y virtuosos ciudadanos se tornaban en un drama empapado de intimidad afectiva, de susceptibilidad y de autoexpresión edificante. El mundo estaba lleno de tentaciones, que, tras dolorosos conflictos de conciencia, debían ser superados por la contención y la moderación (4). Richardson, Fielding, Sterne, etc., estos escritores utilizaban los «desórdenes nerviosos» descritos por los médicos para hacer entender el sufrimiento de sus personajes. La sociedad era como un conjunto de estímulos que afectaban al ciudadano sensible y por ello, moral. Su sensibilidad le imponía la tarea moral de ponerse límites y efectuar renunciaciones, lo que le sería pre-

COLABORACIONES

miado. De este modo, el ciudadano burgués, como el héroe novelesco, el escritor romántico y el médico de los «desórdenes nerviosos», salía triunfante a través de un medio común: la huida, el abandono de una vida demasiado laboriosa, del torbellino de la ciudad, de la excitación nerviosa de los placeres. Por la armonía y la inocencia de la naturaleza, el ciudadano llegaba a lo auténticamente humano, a su propia naturaleza interna, a la verdad subjetiva. Como finalidad, se buscaba la «naturalidad moral»: lo pastoril, las excursiones campestres, la caza, la equitación, la música, los balnearios, los pequeños o los grandes viajes, o el contacto con la naturaleza adquirirían una importante función curativa y moderadora.

Métodos curativos

En la Francia prerrevolucionaria de la segunda mitad del XVIII también se hacen socialmente visible los desórdenes nerviosos (la histeria, los *vapeurs*, la hipocondría, etc.), ocupando a médicos y pensadores. Los ilustrados utilizan la frecuencia de estos desórdenes como argumento político contra el Absolutismo monárquico, la Iglesia y el engaño de los sacerdotes. Pero Rousseau muestra la otra cara de la Ilustración, modificando su crítica del Absolutismo: no hay que atribuir sólo a la Monarquía la opresión social, puesto que la produce el hombre y la sociedad, precisamente la sociedad científicamente ilustrada. Cuestiona la cultura racional, dejando la confrontación política abierta a las fuerzas del corazón y de la *volonté generale*. Y se opone a la naturaleza objetivada y desprovista de todo componente moral, abogando por la «naturalidad» interiorizada, la

vida sencilla y la fiesta de la individuación. Denuncia Rousseau la ciencia, la filosofía y la literatura, orientando la atención de fuera a dentro, al individuo que sufre de su propio yo, que se ha hecho culpable de su estado violento, de su alejamiento de la naturaleza, de su propio padecimiento (5). La curación debe pasar por el refugio en la intimidad, la naturalidad moral, la vida en el campo y la acción corporal.

La medicina de los «desórdenes nerviosos» adquiere prestigio, siguiendo a Rousseau y adoptando los modelos del sistema nervioso elaborado por los fisiologistas. Y así, Tissot sostiene la tesis de que la perturbación de un órgano se propaga a través de la movilidad de la fibra nerviosa, pudiendo alcanzar cualquier parte del organismo. Los desórdenes nerviosos se dan sobre todo en los más irritables, en los más sensibles: tenuidad de la fibra nerviosa, delicadeza del organismo, pero también alma impresionable, corazón inquieto, «simpatía» demasiado viva para todo aquello que sucede alrededor. Uno se enferma por sentir demasiado; se sufre por excesiva solidaridad con todos los seres que le rodean a uno. Se es víctima de todo aquello que, en el mundo, solicita al cuerpo y al alma. De lo que se desprende que el enfermo es a la vez inocente y más culpable (6). Toda su vida puede serle juzgada a partir del grado de excitación: abuso de las cosas no naturales, la vida sedentaria en las ciudades, la lectura de novelas, la afición al teatro, el celo inmoderado por la ciencia, la pasión exagerada por el sexo, el onanismo, etc. En el fondo, la enfermedad nerviosa es el justo castigo a una profunda culpabilidad, la de preferir el mundo a la naturaleza. Se ha impuesto la crítica rousseauiana de la degeneración cultural, y la terapia para una sociedad degenerada y para el individuo

sufriente es la vuelta a los ritmos armoniosos de la vida natural.

La Francia prerrevolucionaria fue también terreno abonado por el desarrollo del «magnetismo animal», un nuevo método curativo practicado en olor de multitudes por el austríaco Franz Anton Mesmer. Creía Mesmer en la existencia de un «fluido universal», que explicaba el movimiento de los cuerpos celestes y de los hombres, acumulándose en los imanes, que adquirían gran potencia curativa. Al principio utilizaba imanes en sus exitosas experiencias curativas, para sustituirlos luego por su propia fuerza magnetizadora, transmitiendo el fluido al paciente mediante toques, pases, masajes, o por la simple concentración de su voluntad. En cualquier caso, lo específico de su método era la acción recíproca entre dos individuos: uno, con el don de la irradiación magnética, y el otro, con la receptividad. Con sus aparatosos montajes escénicos, Mesmer tuvo un éxito fulminante entre el público, pero no el reconocimiento científico que buscaba (7).

Le tomó el relevo un discípulo que no era médico, el marqués de Puysegur, quien descubrió el fenómeno del «sonambulismo provocado» o artificial, similar al sonambulismo espontáneo. Afirmaba Puysegur que los sonámbulos inducidos estaban dotados de cualidades extraordinarias, tales como la predicción de acontecimientos futuros, la visión con los ojos cerrados y a través de cuerpos opacos, y sobre todo el diagnóstico de la enfermedad propia o ajena, mediante la «visión» del estado interno del organismo, lo que permitía la elección de los remedios más adecuados para cada caso. Con ello, las curaciones se multiplicaban y crecía el número de adeptos al movimiento, agrupados en «sociedades magnéticas», que se fueron extendien-

do por toda Francia y países vecinos, aunque al margen de la medicina académica. Eclipsado por la Revolución Francesa, el magnetismo animal volvió a surgir con mayor fuerza en los primeros decenios del siglo XIX. Se concentró en el estudio del sonambulismo y de los «sonámbulos extralúcidos», y en cuanto a la terapia se dio mayor importancia a la influencia de la voluntad para explicar el tránsito de «fluido» curativo del magnetizador al magnetizado. Pero frente a concepción fluidista del magnetismo, se desarrolló una heterogénea y confusa corriente antifluidista, compuesta de interpretaciones espiritualistas, que atribuían la acción magnética a la influencia psíquica de un espíritu sobre otro; versiones seudorreligiosas, concepciones animistas, etc. No obstante, el magnetismo tuvo un notorio desarrollo durante la Restauración, expandiéndose por toda la Europa romántica, hasta que en 1837 un informe condenatorio de la Academia de Medicina lo desacreditó, contribuyendo a su rápido derrumbamiento.

Mientras tanto, en Inglaterra el concepto de neurosis había caído en desuso ante el desarrollo de una «mentalidad fisiopatológica» en la medicina, que a partir del siglo XIX trataba de librarse de cualquier rasgo especulativo. Las cuestiones clínicas que planteaban las neurosis pasaban a depender de otros rótulos: la irritación espinal y las enfermedades nerviosas funcionales reflejas. En 1824 el cirujano Benjamin Travers llamó «irritación constitucional» al mecanismo que explicaba las intensas repercusiones generales de procesos locales mínimos, tales como la repercusión general secundaria a la infección de una herida, o el shock traumático consecuente con una fractura. Posteriormente, diversos autores localizaron esa «irritación» en la médula

COLABORACIONES

espinal, considerándola como la causante de una serie de afecciones nerviosas y neurálgicas, detectables clínicamente por la sensibilidad dolorosa de las apófisis espinosas. En 1830, Tate extendió el valor semiológico de estos puntos apofisarios a la histeria, concluyendo que la irritación de la médula espinal era la causa determinante de todas las manifestaciones histéricas, con un punto de partida uterino (8). De este modo, la histeria perdía el carácter socio-moral que se le atribuía en épocas anteriores, convirtiéndose en una enfermedad desindividualizada, a tratar por una medicina que pretendía ser estrictamente científico-natural.

La otra formulación que sustituyó al concepto de neurosis se basaba en la teoría del reflejo espinal, que localizaba el centro de todos los movimientos reflejos en la sustancia gris de la médula espinal. En esta línea explicativa, Hall describió alteraciones nerviosas funcionales o secundarias, producidas a partir de lesiones en diversos territorios orgánicos, con integridad de la médula espinal, pero que eran similares a otras alteraciones nerviosas debidas a lesiones destructivas de la médula. Lo que le dio base para explicar la patogenia de un gran número de procesos patológicos, tales como los accidentes espasmódicos o paralíticos, el asma, el tétanos, la epilepsia y la histeria. Luego, el concepto de «trastorno nervioso funcional reflejo» adquirió gran difusión, sobre todo en los países anglosajones, sirviendo de motor para un desmedido intervencionismo terapéutico. Se hicieron innumerables intervenciones quirúrgicas (sobre todo extracciones dentarias, ovariectomías, e histerectomías), como tratamiento de diversas enfermedades nerviosas, incluida la histeria. Por sus escasos resultados y su cruenta metodología, fue-

ron ferozmente criticadas, y el concepto teórico que la sustentaba cayó pronto en desuso, aunque arraigó por mucho tiempo en ciertos sectores médicos de Estados Unidos e Inglaterra (9).

Tal vez como reacción a tanto abuso, otro cirujano inglés, James Braid, mostró creciente interés por el magnetismo animal, que aún se practicaba en ámbitos marginales. En su obra *Neurohipnología*, publicada por vez primera en 1843, expuso con detalle un nuevo método curativo de las enfermedades nerviosas, proponiendo el nombre de hipnotismo para el «sueño provocado» fijando la atención del paciente en un pequeño objeto brillante. Lo fundamental era que el organismo hipnotizado poseía una especial «impresionabilidad», por la que determinados estímulos externos podían producir hondas modificaciones fisiológicas: excitar o deprimir la función cardíaca y el estado de la circulación, regular o controlar el tono muscular, estabilizar el estado de la circulación capilar y las secreciones gástricas, aliviar o evitar el dolor en las operaciones quirúrgicas, etc. De 1843 a 1860 Braid fue «psicologizando» su obra, dando el mayor relieve a la concentración del sujeto y considerando las modificaciones somáticas que se producían por esa concentración de la atención como la clave patogénica de las alteraciones corporales de origen psíquico. Se refirió al concepto de «atención expectante» y al de «idea dominante», explicando el hipnotismo como un estado de concentración mental en torno a una idea dominante, que podía presentarse en gradaciones sucesivas, desde la vigilia hasta los estadios más intensos del sonambulismo. Fue modificando sus técnicas terapéuticas y abriendo camino, que luego habría de profundizar la escuela de Nancy.

La contradicción de la histeria

A duras penas se mantuvo el concepto de neurosis en el continente europeo. Su evolución dentro del marco de la medicina científico-natural del siglo XIX estuvo determinada por su abierta contradicción con la «mentalidad anatomoclínica», base fundamental de esa medicina. Era inevitable la contradicción entre esta nueva patología, cuyos postulados eran la localización y la reducción a lo anatómico de la enfermedad, con el concepto de neurosis, que desde sus orígenes se aplicaba a enfermedades «generales y fisiológicas». Pero las neurosis quedaron integradas en la nueva sistemática de las especies morbosas, a lo que no fue ajena la contribución del francés Philippe Pinel, cabeza visible del grupo de médicos que en los albores de la Revolución introdujo en medicina la «mentalidad anatomoclínica».

En su *Nosografía Filosófica*, publicada en 1789, Pinel distribuía las enfermedades internas o primitivas según su estructura anatómica básica, situando a la neurosis junto a la fiebre, la flegmasía, y la lesión orgánica. Siguiendo a Cullen, describía las neurosis como alteraciones de la sensibilidad y de la motilidad, con un criterio vitalista, pero no encontró en ellas otro fundamento unitario que la mera referencia al sistema nervioso, a su supuesto origen encefálico, pero excluyendo toda lesión de la estructura. Aunque distinguía las neurosis propiamente dichas, de causas funcionales, secundarias o «simpáticas», de las neurosis sintomáticas, secundariamente dependientes de una lesión orgánica (10).

Así, las neurosis perdieron su originario carácter de enfermedades generales, aunque seguían mostrándose irreductibles a cualquier formulación anatomoclínica, tal

islote fisiológico entre los esquemas morfológicos de la nueva patología. Cuando, más tarde, esa patología abandonó totalmente toda carga vitalista, se pensó que las neurosis desaparecerían a medida que se fueran descubriendo las lesiones específicas de las distintas entidades nosológicas agrupadas bajo esa denominación, lo que de hecho se iría cumpliendo en un alto porcentaje. En 1840, E. J. Georget, destacado miembro de la Escuela Alienista de Esquirol, revisó y depuró la concepción de las neurosis, considerándolas como enfermedades de larga duración, de curso intermitente, poco peligrosas, apiréticas, que no ocasionaban sufrimientos violentos y que, después de la muerte, no dejaban ninguna lesión encefálica. Posteriormente y tratando de incluir el concepto de neurosis dentro del pensamiento anatomoclínico, se inició una línea de investigación para la «localización funcional» de estas enfermedades, con resultados finales poco satisfactorios. Esa línea culminó en Charcot, que, en lugar de la localización funcional, se refirió a una presunta «lesión transitoria» de la histeria.

Desde 1870, Charcot y su Escuela de la Salpêtrière investigaban de un modo sistemático y en todas sus formas la histeria, creyendo que esta podía ser objeto de una descripción semiológica similar a la de las restantes enfermedades neurológicas y tratando de delimitarla en cuadros clínicos típicos, regulares e invariables. De la proteiforme fenomenología histórica se fueron aislando y describiendo las contracturas y las anestias sistémicas, los trastornos histéricos de la visión, la hiperestesia ovárica, el globo histérico, la corea rítmica histérica, anorexia, astasia-abasia, tartamudez, mutismo histérico, trastornos respiratorios, cardíacos, urinarios, vasomotores y tróficos. Pero, sobre todo, se destacaba el «gran

COLABORACIONES

ataque histérico», compuesto de cuatro periodos y precedido de un abigarrado prodromo. La pérdida del conocimiento señalaba el comienzo del ataque, con un primer periodo o epileptoide, con tres fases (tónica, clónica y de resolución); el segundo periodo era de contorsiones y grandes movimientos; el tercero, de actitudes pasionales o eróticas, con una mímica inconfundible, y el periodo final, con un delirio turbado por alucinaciones. El ataque histérico no era muy difícil de diagnosticar, con signos diferenciales del ataque epiléptico: influencia de la compresión ovárica y del frotamiento de las zonas histerógenas. Por otra parte, existían signos físicos o estigmas que permitían el diagnóstico en el periodo comprendido entre los ataques (11).

En 1882 Charcot estudió el hipnotismo, asociándolo a las neurosis y considerándolo importante para profundizar en el conocimiento de los complejos somatopsíquicos. Era como una neurosis provocada, que servía como modelo experimental para el estudio de la histeria y que sólo podía darse en pacientes histéricos, de igual modo que la sugestión. Era justamente lo contrario de lo que sostenía la Escuela de Nancy, nucleada en torno a Liebault, que en 1881 había expuesto su método del «sueño provocado», en el que lo fundamental era la «sugestión verbal» que lo inducía. Interpretaba este «sueño provocado» de un modo psicológico, en tanto que dependía de la influencia del espíritu sobre el cuerpo, a través de la concentración de la atención del sujeto y requiriendo la previa existencia del *rappor*t entre los dos protagonistas del acto hipnótico. Mediante la sugestión, el durmiente o hipnotizado se transformaba en una especie de autómatas, al que se podía hacer actuar a capricho. Y la curación era

posible por la acción del pensamiento sobre el organismo, con la «sustitución de una idea fija morbosa por una idea fija de curación» (12).

Sobre la plataforma teórica de Liebault, los puntos de vista de Hippolyte Bernheim eran por completo opuestos a los de Charcot, siendo duramente combatidos por los discípulos de éste y generando una apasionada polémica, de la que finalmente saldría vencedora la escuela de Nancy. Bernheim difería de Charcot en dos puntos principales: creía que los sujetos normales era, en gran proporción, susceptibles de ser hipnotizados, y demostraba la inautenticidad de los «fenómenos físicos de la hipnosis» descritos por Charcot, considerándolos como meros fenómenos sugeridos. Su argumento principal era que la especial «sugestibilidad» de los sujetos hipnotizados los hacía muy maleables en manos del hipnotizador, de tal forma que éste provocaba en ellos, sin darse cuenta, los resultados que esperaba encontrar. Por tanto, no existían los signos objetivos de la hipnosis, y los hallazgos de Charcot eran fruto de la inducción inconsciente a que habían sido sometidos los sujetos de sus experiencias. El mismo «gran ataque histérico» no era sino una «histeria de cultivo». Por otra parte, Bernheim afirmaba que los diversos procedimientos utilizados para obtener un estado hipnótico se reducían a un común agente, a la idea dada al sujeto o adivinada por él mismo de que debía dormir: «imprimir al sujeto y hacer penetrar la idea de sueño en su cerebro». Las diversas técnicas hipnóticas tenían un valor relativo, y lo único esencial sería comunicar la sugestión del sueño o de la fenomenología buscada, directa o indirectamente. En la práctica se encontraban sujetos que eran más sensibles a unos métodos que a otros, e igualmente

cada médico obtenía mejores resultados con una técnica que con las otras. Había un factor individual, por lo que se aconsejaba el uso flexible de los procedimientos para adaptarlos a las peculiaridades de los participantes en la relación hipnótica. La falta de regularidad de la fenomenología hipnótica se debía a la decisiva influencia que ejercía la peculiar individualidad del sujeto hipnotizado, su grado y forma especial de sugestibilidad. E igual podría afirmarse con respecto a los fenómenos histéricos: la influencia configuradora de la individualidad en los cuadros clínicos de la hipnosis y de la histeria inauguraba un fecundo proceso que iba a conducir a «la introducción del sujeto en la Medicina» (13).

La consecuencia final de la crítica de la escuela de Nancy fue el hundimiento de la doctrina de Charcot sobre la histeria, fundamentada en «fenómenos de cultura». En sus últimos años, Charcot hubo de evolucionar, aceptando el valor de la sugestión en la producción de la histeria y del hipnotismo. En 1885 reconoció la importancia del «traumatismo psíquico» en varios casos de histeria masculina, formulando una teoría que enlazaba la histeria traumática, el hipnotismo y la parálisis psíquica. Había obtenido por sugestión de una enferma hipnotizada la perfecta imitación de la monoplejía determinada en los varones por la acción de un agente traumático. La semejanza entra ambos grupos de casos comparados se completaba con una misma relación patogénica: ambos casos eran «parálisis psíquicas» producidas por sugestión. Lo que significaba la «psicologización» de los esquemas de la escuela de la Salpêtrière (14).

Al plantear el nivel patogénico de la histeria, Charcot introducía el concepto de psicogenia en la patología contemporánea. Asumiendo las concepciones de la psicolo-

gía asociacionista sobre la «acción ideomotora», sus explicaciones psicogénicas correspondían a una suerte de «psicología sin sujeto», según la cual las «ideas» actuaban sobre el organismo a través de mecanismos deterministas. Creía, por ejemplo, que las parálisis psíquicas se producían según las leyes fisiológicas de la neurología orgánica, es decir, según la distribución y conexión de las respectivas redes de enervación. Lo que, poco tiempo después, criticaba Freud, afirmando que las parálisis psíquicas no seguían una distribución real, sino la imagen que el propio enfermo tenía de esa distribución. Con ello, se introducía al sujeto en la patología y hacía preciso una «psicología del sujeto», el psicoanálisis por ejemplo.

La histeria negada

Babinski, fiel discípulo de Charcot en vida, fue el gran demolidor de la obra del maestro, tras su muerte en 1893. Durante años hizo una revisión crítica de la compleja estructura de la histeria tradicional, mostrando gran suspicacia sobre la autenticidad de las grandes manifestaciones histéricas y tomando a muchos enfermos por simuladores. Pensaba que la mayoría de los actos de simulación era explicables por la anormalidad de los enfermos, encuadrándola en el reciente concepto de la mitomanía, caracterizada por un deseo de inspirar asombro, curiosidad o conmiseración. Por otra parte, señalaba el carácter sugerido de los síntomas centrales de la histeria tradicional y la influencia de la sugestión en la configuración del resto, reconociendo la falta de espontaneidad de gran parte de las manifestaciones histéricas, así como de los célebres «estigmas permanentes» de la histeria.

COLABORACIONES

En 1901 expuso Babinski su concepción personal de la histeria, cuyo nombre propuso sustituir por el de pitiatismo, que tuvo gran difusión sobre todo entre los neurólogos (15). El único carácter común que él encontraba en todas las manifestaciones histéricas era la posibilidad de ser reproducidas por sugestión en ciertos sujetos y hacerla desaparecer bajo la influencia de la persuasión. La sugestión era en sí misma un fenómeno morboso que sólo podía producirse en un estado psíquico anormal, en sujetos predispuestos. Para Babinski, el factor etiológico exclusivo de la histeria era una «predisposición morbosa» de origen constitucional o hereditario, caracterizada por una exaltación de la sugestibilidad, por la hipersensibilidad a la sugestión. Pero el factor ambiental también era decisivo en el desencadenamiento de los síntomas histéricos: el contagio, la imitación y la influencia del médico a través de sus palabras y de sus actos.

Babinski negaba cualquier relación entre la histeria y la emoción, y la distinguía netamente de las restantes enfermedades nerviosas o neuróticas. Pero la confundía con la simulación: «todos los fenómenos pitiáticos pueden ser rigurosamente reproducidos con la simulación». La voluntad del enfermo tenía un considerable influjo en la aparición y mantenimiento de los síntomas histéricos. En cierto modo, el histérico era «actor» de sus manifestaciones morbosas, comportándose como si en parte fuera dueño de su enfermedad, como si su sinceridad no fuera absoluta. Pero todos los síntomas pitiáticos podían resolverse fácilmente con el método de la persuasión. Si en algún caso el enfermo se resistía tenazmente a curarse por la persuasión, debía tratarse de una simulación. El método de la persuasión fue desarrollado por el médico

suizo Paul Dubois, que en 1904 publicó un significativo libro titulado *Las psiconeurosis y su tratamiento* (16). El tratamiento de los psiconeuróticos, que no eran verdaderos enfermos, debía ser psíquico: conversaciones íntimas con el médico, quien daba al paciente lecciones de «moral racional», criticaba los errores y falsedades de su mente, enderezando su juicio y estimulando la confianza en sí mismo.

Casi hasta finales del siglo XIX las neurosis habían sido patrimonio de los médicos internistas y neurólogos, interesando escasamente a los alienistas o psiquiatras. Pero la introducción de teorías psicogénicas en las neurosis significó un cambio importante, abriendo las puertas de la psiquiatría, de una psiquiatría que, al filo del siglo XX, era de clara supremacía germánica. Su figura más emblemática, Emil Kraepelin, no aceptó la teoría psicógena de la histeria hasta 1904, en la séptima edición de su famoso tratado de psiquiatría, que, ahora incluía un capítulo dedicado a las «neurosis psicógenas», comprendiendo la histeria, la neurosis traumáticas y la neurosis de ansiedad (17). Pero la psiquiatría alemana tendió siempre a reducir o negar la entidad de la neurosis. En 1913 Karl Jaspers, aún reconociendo la realidad clínica de la histeria, introdujo el concepto de «reacción psíquica» ante una emoción o acontecimiento del mundo exterior. Y distinguió entre «las psicosis solamente desencadenada», cuyo contenido no estaba en relación comprensible con la vivencia, y «las reacciones legítimas», cuyo contenido sí estaba en relación comprensible con la vivencia, dependiendo en su curso de esa vivencia (18).

Siguiendo el mismo enfoque fenomenológico, Kurt Schneider, máximo representante de la psiquiatría académica del periodo de entreguerras y aún de la postguerra,

fue mucho más restrictivo. Consideraba que las «reacciones psíquicas», que él denominó reacciones vivenciales anormales, no eran en ningún caso comprensibles. Se apartaban del promedio de las reacciones vivenciales normales, a causa de su extraordinaria intensidad, por no ser adecuadas al motivo o vivencia o por la anomalía de su duración. Kurt Schneider rechazaba los términos psicógeno, histérico o neurosis, considerando además que en las reacciones vivenciales anormales no había que hablar de enfermedad (19). De manera que, para la psiquiatría clásica alemana y durante mucho tiempo, las neurosis no existían. Pese a Freud...

Expansión y crisis del psicoanálisis

El psicoanálisis tuvo su punto de partida en el médico vienés Josef Breuer, que en 1881 curó, con la ayuda del hipnotismo, a una muchacha enferma de histeria. En estado hipnótico, la paciente recordaba traumas olvidados de su infancia al tiempo que reaccionaba con intensa afectividad, desapareciendo así su sintomatología. Los resultados de Breuer no fueron publicados sino 15 años más tarde, después de haber aceptado la colaboración de Sigmund Freud, que había estudiado con Charcot y Bernheim. En 1896 Breuer y Freud publicaron sus *Estudios sobre la histeria*, en los que sostenían la teoría de que el síntoma histérico aparecía cuando el afecto de un proceso anímico intensamente vivido era desviado de su normal elaboración y encauzado por otro sitio. Ese afecto se resolvía conversivamente en inervaciones somáticas inhabituales, pero podía ser dirigido en otro sentido mediante la reviviscencia del suceso correspondiente con la

hipnosis, obteniendo una curación catártica del mismo.

Breuer abandonó pronto, y Freud siguió profundizando solo el método curativo. Renunció a la hipnosis y puso en práctica la «asociación libre» por la que el paciente decía cuanto se le ocurriera, por desagradable, disparatado o impertinente que fuera. Con ello se obtenía un rico material de ocurrencias, que, adecuadamente interpretadas, daba muchas pistas sobre lo olvidado por el enfermo. Pero patentizar los elementos olvidados patógenos implicaba pugnar contra una resistencia constante y muy intensa. Del estudio de esa resistencia resultó una teoría de la represión: la represión partía de la personalidad consciente (el Yo) del enfermo, dependiendo de motivos éticos y estéticos, y a ella sucumbían impulsos de egoísmo y crueldad, y sobre todo impulsos optativos sexuales, considerados repulsivos o ilícitos. El magno papel que los impulsos sexuales desempeñaban en la vida anímica, llevó a Freud a estudiar la naturaleza y la evolución de esos impulsos, elaborando una teoría sexual, definiendo el concepto de la libido y descubriendo la sexualidad infantil. De este modo y sucesivamente, el psicoanálisis fue haciéndose con una teoría que daba información suficiente sobre la génesis y el sentido de los síntomas neuróticos, así como el fundamento racional para una terapia rigurosa. En sentido filosófico, esta teoría adoptó el punto de vista de que lo psíquico no coincidía con lo consciente, que los procesos psíquicos eran, en sí mismos, inconscientes. Como complemento, se añadía el complejo de Edipo, la transferencia afectiva del paciente analizado al médico, etc. (20).

Durante 10 años estuvo Freud construyendo su obra en solitario, encontrando una acogida poco amistosa en el mundo cientí-

COLABORACIONES

fico. Pero ya en 1907 se advirtió que el psicoanálisis había ido despertando calladamente un considerable interés y que contaba con numerosos partidarios en diversos países, entre los que destacaban el prestigioso psiquiatra suizo Eugen Bleuler, C. G. Jung, A. Adler, etc. En 1908 se celebró el Primer Congreso Psicoanalítico, iniciándose la publicación de la primera revista psicoanalítica. En 1909 Freud habló de su obra en varias universidades americanas, y al año siguiente se creaba la Asociación Psicoanalítica Internacional. Y el psicoanálisis se convirtió en un movimiento con causa y en constante expansión. Tras el paréntesis de la Primera Guerra Mundial, se consolida en sus desarrollos teóricos y prácticos, y la obra freudiana adquiere mayor profundidad y proyección, enriqueciéndose con las aportaciones de otros psicoanalistas de gran talla intelectual: Karl Abraham, Otto Rank, Sandor Ferenczi, Grodeck, Tausk, Otto Fenichel, Helen Deutsch, Paul Federn, Melanie Klein, Wilhelm Reich, etc. Y el movimiento se expande y se extiende por diversos países, sobre todo en Estados Unidos, donde a partir de 1930 el psicoanálisis avanza aceleradamente con la llegada de valiosos psicoanalistas centroeuropeos que huyen del fascismo ascendente, evolucionando por cuenta propia.

Tras la Segunda Guerra Mundial, hubo en América una gran expansión psiquiátrica, con creciente predominio del psicoanálisis y de las más diversas corrientes psicodinámicas. En 1944 el húngaro Sandor Rado fue nombrado director del Instituto Psicoanalítico de la Universidad de Columbia, primera institución psicoanalítica universitaria en Estados Unidos. El acontecimiento simbolizaba la incorporación del psicoanálisis a los planes de estudio de las Facultades de Medicina, y era la expresión

de las especiales desviaciones americanas del psicoanálisis. Rado, por ejemplo, revisó a fondo el procedimiento psicoanalítico ortodoxo y propuso su reemplazo por la «psicodinámica adaptativa», que recomendaba no alentar la regresión del paciente, quien sobre todo debía adaptarse con éxito a su situación vital (21). En Estados Unidos el psicoanálisis se orientaba cada vez más hacia el ambientalismo y la adaptación social. Se buscaba la eficacia y la brevedad del tratamiento (la «experiencia emocional correctiva» de Alexander, por ejemplo), perdiéndose interés por el inconsciente a favor del «análisis del yo», desarrollado inicialmente por el austríaco Heinz Hartman, autor en 1950 de *Psicología del yo y los problemas de adaptación* (22). Se trataba de prestar la mayor atención a las funciones del yo que no tenían que ver con los conflictos internos del paciente, contribuyendo a que el yo pudiese dominar su propio medio ambiente. La psicología del yo, en sus distintas variantes (Franz Alexander, Kubie, Kriss, E. H. Erikson, etc.), tuvo un gran desarrollo en las décadas de los años 50 y 60, así como las corrientes culturalistas del psicoanálisis o del neopsicoanálisis (Karen Horney, Eric Fromm, Kardiner, etc.).

En Inglaterra el psicoanálisis tuvo una expansión más limitada, porque se mantuvo siempre en el ámbito privado y la mayoría de los psiquiatras trabajaban en el sector público. No obstante, la teoría y las técnicas de grupo de inspiración psicoanalítica alcanzaron un importante desarrollo, y la escuela encabezada por Melanie Klein, que centraba el análisis en los niños y en los estadios pregenitales de la personalidad, adquirió un gran nivel y relevancia en todo el mundo. A partir de los años 60, el psicoanálisis acentuó su penetración en la psiquia-

tría francesa, a través de la lectura de Lacan. La conversión lacaniana de Tosqueles, máximo exponente del movimiento de la psicoterapia institucional, contribuyó decisivamente a que toda una generación de psiquiatras, ávidos de saber y de cambio, creyese que, incorporando el psicoanálisis con todo rigor, era posible concebir y practicar una psiquiatría avanzada y liberadora. Pero, tras mayo del 68, hubo un fortísimo repliegue de todos los movimientos de liberación, pretendiéndose llevar el «combate liberador» a la otra orilla, a la escena del elitista discurso lacaniano.

Los años 60 marcaron el comienzo de la crisis del psicoanálisis, una crisis que se agrandaba cada vez más y que aún no ha cesado. La crisis estalló cuando el psicoanálisis no supo, no pudo o no quiso dar respuestas suficientes y adecuadas al imparable incremento de la demanda social de atención psiquiátrica, y cuando, permaneciendo en su tradicional *ghetto* dorado, se mantuvo al margen de las profundas transformaciones asistenciales que se produjeron en aquellos años. El reformismo psiquiátrico, impuesto por una tecnocraciaseudopolitizante, llevó a una progresiva homogeneización de los profesionales, forzosamente pragmáticos y obligados al manejo inmediato y habilidoso de los productos que el mercado farmacéutico les ofertaba constantemente, de un modo casi coactivo y falsamente halagador. En el perfil de los nuevos profesionales, actualmente, la formación psicoanalítica apenas es valorada. A su vez, el psicoanálisis se repliega autodefensivamente y sólo admite pacientes asintomáticos.

Y la teoría psicoanalítica de la neurosis se está diluyendo. La histeria abandona el lecho de la enfermedad, pues el beneficio secundario ya no rinde los frutos de antes.

Escasean cada vez más las histerias sintomáticas de otros tiempos y el mecanismo de conversión histérica tiende a desaparecer, al tiempo que abundan los trastornos del carácter, los llamados trastornos de la personalidad. Este desplazamiento de la neurosis al carácter, al desorden de la personalidad, no hace sino aumentar la confusión, pues tal desorden nunca se presenta puro, sino acompañado de manifestaciones compulsivas, obsesivas, fóbicas, narcisistas, paranoides, infantiles o dependientes. La histeria parece desvanecerse, difuminándose y resultando cada vez más difícil de definir. Se dice ahora que lo específico de la histeria es la evitación de la sexualidad genital bajo diferentes «disfraces» del conflicto conyugal. Sin embargo, el enfoque kleiniano desgenitaliza la histeria, al definir como oral el carácter de sus conflictos subyacentes: el cuadro clínico es simplemente una organización defensiva superficial de un trastorno profundo de naturaleza psicótica o depresiva. Y los lacanianos universalizan la histeria, constituyendo el ejemplo paradigmático de una de las formalizaciones más generales de su teoría: el deseo jamás puede alcanzar su satisfacción, no pasa de ser el deseo de un deseo, y la mujer histérica acentúa su condición de sujeto escindido por el lenguaje. Desde esta perspectiva, la histeria, desvinculada de todo contenido psicopatológico, pasa a formar parte de la condición femenina (23).

«Escuchando al Prozac»

Parecería que se ha llegado al final de la histeria. En la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS (C.I.E.-9) aún se contemplaba la categoría del «trastorno de

COLABORACIONES

la personalidad de tipo histérico», admitiendo como sinónimo la personalidad histérica, histriónica o psicoinfantil: la histeria se equiparaba a la condición infantil. Pero en la C.I.E.-10, publicado en 1992, esa categoría ha desaparecido y, siguiendo la pauta marcada por el D.S.M.-III americano, ha sido reemplazada por la de «trastorno histriónico de la personalidad»: tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestibilidad, afectividad lábil, necesidad de ser apreciado por los demás y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención, egocentrismo, etc. (24). Tal descripción, sin embargo, no se corresponde casi en nada con los rasgos del carácter o personalidad histérica, estudiada en profundidad por Abraham, Fenichel, Marmor, Shapiro, Kernberg, etc. La abundante literatura existente indica que en la personalidad histérica se pone de manifiesto una aceptable integración yoica y superyoica, extensas áreas libres de conflictos en las relaciones sociales y predominio del complejo de Edipo, de una represión sexual compatible con el mantenimiento de una posición estable (25).

Pero estos pacientes, si existen, han sido excluidos de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales. La personalidad histérica se ha diluido por completo en la deliberada ambigüedad y superficialidad de los criterios diagnósticos del «trastorno histriónico de la personalidad», establecido por el D.S.M.-IV americano, publicado en 1994 (26). De igual modo, las neurosis han sido dispersadas y transformadas semánticamente, habiendo desaparecido toda relación entre la histeria de conversión –subdividida ahora en trastornos de somatizaciones y trastornos de conversión– y los llamados trastornos disociativos. En

lugar de enfermedades mentales, se prefiere hablar de trastornos mentales, conceptualizados como síndromes o patrones de comportamiento con significación clínica. Lo que quiere decir que, cualquiera que sea la causa, cada síndrome o patrón de comportamiento debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción conductual, psicológica o biológica. Más que la persona enferma, importa el trastorno que padece: es ese trastorno lo que debe ser tratado de un modo despersonalizado, sin tener en cuenta la subjetividad del paciente. Por eso había que dispersar las neurosis, y acabar con la histeria. Por eso el C.I.E.-10 no mantiene la tradicional distinción entre neurosis y psicosis, y evita en lo posible el término histeria, desechado como pautas diagnósticas conceptos tales como la motivación inconsciente por las ganancias secundarias. Ignorando el inconsciente del paciente, la histeria no es sino histrionismo o burda simulación.

Tal vez todo esto tenga mucho que ver con las abusivas necesidades del mercado farmacéutico. Ya en 1977, en la introducción del DSM-III, se decía que uno de sus principales objetivos era «la utilidad clínica para instaurar tratamientos y adoptar decisiones en las diversas situaciones clínicas». Lo que implícitamente resultaba incompatible con el establecimiento de una relación psicoterapéutica, en la que tradicionalmente no se adopta ninguna decisión. Era como si la producción farmacéutica debiera determinar la concepciones psiquiátricas más convenientes, y ordenar los diagnósticos. Lo ha confirmado más recientemente el celebrado libro *Escuchando al Prozac*, escrito por el complacido psiquiatra Peter D. Kramer: «En Farmacología clínica, la tecnología contemporánea desempeña un importante papel en la remodelación de la

ideología. Lo que hacemos con los pacientes depende en sumo grado de los medicamentos disponibles». Lo que quiere decir que si no existe ningún medicamento disponible para el tratamiento de un determinado trastorno, éste debe ser conceptualmente transformado: así desapareció no hace mucho tiempo la neurosis de ansiedad, cuyos síntomas más llamativos se convirtieron en *ataques de pánico*, que respondían perfectamente al tratamiento con un tranquilizante recién salido al mercado. Y casi de inmediato los *panick attacks* fueron debidamente clasificados en el DSM-III-R, y luego, en el DSM-IV. También desapareció la neurosis obsesiva, contra la que toda medicación había fracasado rotundamente, para diluirse en diversos trastornos obsesivos-compulsivos, para los que se ofertaron modernos y eficaces psicofármacos.

Pero la psiquiatría descriptiva, universalizada por el DSM-IV y el CIE-10, tiene problemas sin resolver. Uno de ellos es la falta de un diagnóstico adecuado para un número creciente de pacientes que acuden a las consultas médicas con quejas inespecíficas, pero que se alivian con tratamiento farmacológico. La psiquiatría biologicista no sabe como explicarlo, y desde luego, rehuye hablar del efecto placebo. A este respecto, el ya citado Peter D. Kramer aboga por el retorno a las neurosis. Aunque ese término ya no significará lo mismo que antes: «la neurosis del siglo XXI será un trastorno que abarque los efectos de la herencia y el trauma –riesgo y stress– sobre una diversidad de funciones neuropsicológicas codificadas con la neuroanatomía y los estados de los neurotransmisores». Será una nueva teoría de las neurosis sin el reverso de un método curativo específico, que sin duda tendrá mucho que ver con los éxitos y fracasos de la industria farmacéu-

tica. Una neurosis que deberá ser tratada por una medicina sin sujeto, y tal vez sin psiquiatra. Lo ha adelantado el mismo Kramer: «Resulta fácil imaginar que nuestro papel será pasivo, que, como sociedad, permitiremos realmente la tecnología material, las medicaciones, para definir lo que es la salud y lo que es la enfermedad». Podría ser que el final de la histeria estuviese anunciando la muerte de la psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LÓPEZ PIÑERO, J. M.; MORALES MESSEGUER, M., *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Madrid, Espasa-Calpe, 1970.
- (2) SYDENHAM, T., «La afección histérica», en SAURI, J. J., *Las Histerias*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
- (3) DÖRNER, K., *Ciudadanos y locos*, Madrid, Taurus, 1974.
- (4) ARMSTRONG, N., *Deseo y ficción doméstica*, Madrid, Cátedra, 1991.
- (5) ROUSSEAU, J. J., *Discurso sobre las ciencias y las artes*, Madrid, Alba, 1987.
- (6) FOUCAULT, M., *La locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1976.
- (7) ZWEIG, S., *La curación por el espíritu*, Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1954.
- (8) LÓPEZ PIÑERO, J. M.; MORALES MESSEGUER, *Neurosis y psicoterapia*, cit.
- (9) LÓPEZ PIÑERO, J. M.; MORALES MESSEGUER, M., *Neurosis y psicoterapia*, cit.
- (10) POSTEL, J.; QUÉTEL, C., *Historia de la Psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- (11) CHARCOT, J. M., «Gran histeria o histero-epilepsia», en SAURI, J. J., *Las histerias*, cit.
- (12) PICHOT, P., *Un siglo de psiquiatría*, París, Roche, 1983
- (13) LAÍN ENTRALGO, P., «La relación médico-enfermo. Historia y teoría», *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.

COLABORACIONES

- (14) CHARCOT, J. M., *Histeria traumática*, Madrid, Nieva, 1989.
- (15) BABINSKI, J. «Definición de la histeria», en SAURI, J. J., *Las histerias*, cit.
- (16) ACKERKNECHT, E. H., *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1962
- (17) KRAELEPIN, E., *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid, Nieva, 1988.
- (18) JASPERS, K., *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta, 1963.
- (19) SCHNEIDER, K., *Patopsicología clínica*, Madrid, Paz Montalvo, 1962.
- (20) FREUD, S., «Esquema del psicoanálisis», *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- (21) RADO, S., *Psicoanálisis de la conducta*, Buenos Aires, Hormé, 1962.
- (22) HARTMAN, H., *La psicología del yo y los problemas de la adaptación*, Buenos Aires, 1987.
- (23) DIO BLEICHMAN, E., *El feminismo espontáneo de la histeria*, Madrid, Adotraf, 1985.
- (24) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, C.I.E.-10. *Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.
- (25) KERNBERG, O. F., *Trastornos graves de la personalidad*, México, Manual Médico, 1987.
- (26) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
- (27) KRAMER, P. D., *Escuchando al Prozac*, Barcelona, Planeta, 1994.

* Enrique González Duro.

Correspondencia: Enrique González Duro. C/ Dr. Esquerdo, 50, 7.º B, 28007 Madrid.

** Fecha de recepción: 20-I-1999.