

Archivos de Medicina
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
editorial@archivosdemedicina.com
ISSN (Versión impresa): 1698-9465
ESPAÑA

2005
Roberto Mazzuca
LOS EXCESOS DE LA HISTERIA
Archivos de Medicina, marzo-abril, año/vol. 1, número 002
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
Madrid, España
pp. 2-8

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



Título: LOS EXCESOS DE LA HISTERIA

Resumen:

Valor clínico actual de la categoría de “locura histérica”.

La necesidad de delimitar histeria y psicosis surge cuando el concepto de histeria es ampliado para abarcar, además de las crisis histéricas y fenómenos corporales, rasgos de personalidad y fenómenos alucinatorios y delirantes. En este caso fueron denominadas “locuras histéricas”. Mientras Bleuler la consideró parte del grupo de las esquizofrenias, numerosos clínicos objetaron esa inclusión señalando que el carácter disociativo de la histeria difería esencialmente de la *Spaltung* bleuleriana. Se mencionarán en este sentido los aportes de Janet, que investigó el estado mental de los histéricos delimitando los factores que determinaban los estados de desdoblamiento de la personalidad característicos de esos sujetos; de Freud, quien utilizó el término “psicosis histérica” para casos ricos en fenómenos alucinatorios, delirios oniroides y estados hipnoides, que también abordó este tema en la neurosis demoníaca del pintor Haitzmann y la Gradiva de Jensen y, finalmente, en las distinciones sobre la alucinación en la esquizofrenia, el sueño y la amentia. Por último, se hará una referencia a la desaparición de la histeria en los sistemas diagnósticos originados en la psiquiatría anglosajona (DSM IV, CIE 10) y a las contribuciones sobre este tema derivadas de la obra de Lacan.

LOS EXCESOS DE LA HISTERIA

La histeria es una categoría clínica milenaria: contamos con descripciones de síntomas que muestran que ya los egipcios la reconocían. Desde la cultura griega ha conservado su nombre, el cual, como es sabido, proviene de útero. De allí que durante mucho tiempo fue considerada propia de las mujeres. Recién en el siglo XVII, al iniciarse el desarrollo de la anatomía y la investigación del sistema nervioso, se trasladó su localización desde el útero al cerebro. Por primera vez, entonces, se la reconoció como una enfermedad que podía afectar a ambos sexos, pariente de la epilepsia. Pero esta concepción neurológica era tan discordante con las ideas psiquiátricas de la época que fue ignorada por varios siglos. Cuando Freud, a su regreso de su estada en París para estudiar con Charcot, publicó su artículo sobre un caso de histeria masculina, fue recibido con desdén por sus colegas vieneses. El hecho de que se haya conservado tanto tiempo la idea de una enfermedad de mujeres constituye, sin embargo, un indicio de que la psiquiatría reconocía connotaciones sexuales en sus síntomas.

Evolución del cuadro clínico

En cuanto a la composición de su cuadro clínico, fue evolucionando a lo largo de los siglos.

1. Inicialmente, se la identificó con los ataques o crisis histéricas. Esto da cuenta de que se la considerara pariente de la epilepsia y originó los estudios de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de crisis.
2. Pero muy pronto, ya entre los griegos, se incluyó una serie de síntomas corporales que se confundían con los de múltiples enfermedades.
3. Finalmente, se agregaron características del estado mental, lo que hoy muchos denominan rasgos histéricos de la personalidad.
4. Sobre este último grupo, a fines del siglo XIX se delimitó un síndrome específico constituido fundamentalmente por alucinaciones y delirios que recibió la denominación de locura histérica.

Su naturaleza psíquica y localización nosográfica

Es muy conocido que Freud inventa el psicoanálisis a partir de su trabajo con pacientes histéricas, problemática con la que se había familiarizado cuando estudió con Charcot. Fue el primero en sostener abiertamente que la formación de sus síntomas respondía a mecanismos psíquicos. Lo hizo en un trabajo de semiología neurológica en el que mostró que las parálisis histéricas no podían confundirse en el diagnóstico con las parálisis orgánicas, ya que aquellas, en su conformación, no respetaban las vías del sistema nervioso, sino, algo nunca visto en una enfermedad orgánica, se formaban según el significado de las palabras. De este modo, la histeria dejó de ser una enfermedad del sistema nervioso -como sostenía todavía Charcot, a pesar de haber proporcionado las bases firmes sobre las que se erigió la tesis freudiana- para tornarse en una patología psíquica que, junto con la neurosis obsesiva, pasó a constituir la pareja protagonista de la clínica freudiana.

Un movimiento semejante se cumplió en la psiquiatría, especialmente entre los discípulos de Charcot. Por la misma época, Babinsky probó fehacientemente que las parálisis histéricas no eran orgánicas, al punto de refutar incluso la existencia de una lesión funcional, como la había llamado el maestro parisino. De este modo, al perder toda conexión con una base orgánica, se agregó un motivo más para la desconfianza que siempre tuvo la psiquiatría hacia esta entidad clínica. De allí que su desaparición, en la actualidad, de los sistemas estadísticos como el DSM IV, no constituya una novedad: es una manifestación más de una tendencia que se ejerció de manera permanente en la historia de la psiquiatría. Por otra parte, esa eliminación es coherente con los criterios básicos con que se construyen esos sistemas que, al definir trastornos observables bien delimitados, no admiten síndromes tan polifacéticos y móviles como son los síntomas de la histeria. Necesariamente deben desmembrarlos en varias categorías. La histeria y la paranoia son las dos categorías centrífugas, en el sentido de que ambas, aunque por razones muy diferentes, tienden a ser expulsadas de las nosografías psiquiátricas. A pesar de que grandes clínicos se ocuparon de ella, desde Pinel y Esquirol, Griesinger, Morel, Krafft-Ebing, hasta Janet y Kraepelin, la histeria quedó ubicada en la psiquiatría siempre en un lugar marginal.

Los mecanismos de formación de sus síntomas

Su existencia milenaria se prolongó hasta nuestros días principalmente por el lugar privilegiado que adquirió en el psicoanálisis, el cual proporcionó sus fundamentos,

distinguió sus formas y desarrolló una clínica muy precisa, sobre todo en algunas de sus orientaciones, como las de Freud y de Lacan. Otras escuelas psicoanalíticas, en cambio, como Melanie Klein, la tuvieron en un segundo plano. Freud la caracterizó por la firmeza de la represión y por una forma especial de retorno de lo reprimido, el mecanismo de conversión, específico de la formación de sus síntomas, lo cual indica que, en su concepción de la histeria, predominaba el segundo grupo, los síntomas corporales, forma que fue denominada pequeña histeria, como la del caso Dora.

Lacan, en cambio, considera que la histérica se identifica imaginariamente con un hombre, para desde allí interrogarse sobre la sexualidad femenina: en qué, por qué y cómo una mujer suscita y sostiene el deseo sexual de un hombre. Es por esto que en su concepción se destaque el aspecto homosexual de la histeria. En cuanto al mecanismo de constitución de sus síntomas, ubica en el primer plano, no la conversión, sino otro mecanismo freudiano, la identificación con el síntoma de los otros, lo que le otorga esa apariencia de imitación o de contagio, como en el ejemplo del pensionado: cuando una interna produce un síntoma es seguida por gran parte de las otras. Aunque el resultado sea un contagio, la vía por la que se produce es la identificación de sujeto a sujeto en el deseo. Esta vertiente, condujo a Lacan a ubicar la histeria no solo como una patología sino también como la modalidad misma por la que se transmite el deseo.

Los fenómenos colectivos de la histeria

La medicina también se ha ocupado del contagio en fenómenos colectivos que, como los de posesión, en ocasiones han llegado a asumir la magnitud de verdaderos movimientos sociales que no se desarrollaron solo en el interior de los conventos sino que abarcaron ciudades enteras. Estas epidemias de posesión se prolongaron mucho más allá de la edad media y moderna. En pleno siglo XIX, imbricada con el proceso imperial francés, se desarrolló una de ellas. Comenzó en 1857 con un niña atacada de un mal extraño; en 1859 la cantidad de enfermos alcanzaba ya los 150. Al año siguiente el gobierno imperial, debido a la magnitud creciente del fenómeno, toma cartas en el asunto enviando un médico al que posteriormente debieron agregarse otras delegaciones. Un año más tarde, el Ministro del Interior se vio obligado a instalar un puesto de gendarmería. Al siguiente, debió enviarse el Regimiento 76 de infantería. Recién en 1863 pudo declinarse el control militar. Pasaron diez años más hasta que el episodio pudo darse por superado.

Esta epidemia no fue un episodio aislado, sino una de las últimas repercusiones de fenómenos de posesión que tuvieron un gran desarrollo en la Europa de la segunda mitad del siglo XVI y primera del XVII. En 1563, por primera vez un médico se atreve a desafiar a la Inquisición al considerar la posibilidad de enfermedad mental en las brujas y posesas. Fue necesario esperar al siglo siguiente para que los médicos fueran convocados como peritos en esos procesos. Recién entonces, se formuló oficialmente el diagnóstico de histeria para algunos casos de posesión. Estas ideas tardaron otro siglo en difundirse y aceptarse. Este movimiento forma parte de la obra civilizadora de la psiquiatría que tomó a su cargo el espíritu científico de las luces y realizó varias veces la operación de transformar en enfermedad los que hasta ese momento eran considerados pecados o delitos. Por eso no resulta erróneo ubicar el comienzo de la psiquiatría, en su forma contemporánea, en el acto por el cual, por mítico que sea, Pinel libera de sus cadenas a los alienados, sacándolos de las prisiones para darles un lugar en la institución hospitalaria. Se puede evocar también la transformación realizada por la psiquiatría al

lograr imponer la categoría clínica de las perversiones, iniciando así el movimiento por el cual muchas de ellas, incluida la homosexualidad, pasaron primero de la categoría de pecados y delitos a la de enfermedad y, finalmente, a su exclusión del campo de la psicopatología como ocurre en la actualidad. Como vimos, mucho antes de Pinel, la psiquiatría hizo ese movimiento con las víctimas de la Inquisición, cuyos archivos fueron investigados todavía por Charcot, como si se tratara de historias clínicas, que le permitieron demostrar la objetividad de los síntomas histéricos, es decir, cómo a través de los siglos y con desconocimiento de sus actores repetían formas que se acomodaban a ciertas reglas.

Las locuras histéricas en la nosología psiquiátrica y psicoanalítica

No solamente en los estados de posesión la historia asume formas delirantes. Varios de los primeros casos atendidos por Freud e incluidos en sus *Estudios sobre la histeria*, entre ellos también Ana O., la paciente atendida por Breuer, presentaban entre sus síntomas diferentes clases de alucinaciones, además de estados de desdoblamiento de la personalidad característicos de esos sujetos. Para englobar casos de este tipo, se constituyó hacia fines del siglo XIX la categoría clínica de las locuras histéricas, caracterizada por "el polimorfismo de las manifestaciones delirantes, riqueza de alucinaciones, delirio onírico análogo al delirio tóxico, y posibilidad de tratamiento mediante hipnosis o psicoterapia", según la definición de Jean Claude Maleval, psicoanalista lacaniano y catedrático de la Universidad de Rennes, quien se ha ocupado en numerosos trabajos del estudio de esta entidad clínica construida tanto por la escuela francesa de psiquiatría como por la de lengua alemana. En la primera, se destacan los trabajos de Moreau de Tours, Legrand de Saule, y sobre todo, los de Pierre Janet sobre el estado mental de las histéricas y sus estudios, contruidos detalladamente y cuidadosamente expuestos, de los casos de Madeleine y de Achille. En la segunda, cabe mencionar, en primer término, los trabajos de Griesinger, y algo más tarde los de Krafft-Ebing. La sexta edición del tratado de Kraepelin, la incluye en el grupo de las neurosis junto con la locura neurasténica y la locura epiléptica. Los delirios histéricos pueden ser agudos, intermitentes, o aún crónicos.

Dos décadas más tarde, sin embargo, esta entidad clínica desaparece de manera simultánea con la creación, por parte de Bleuler, del grupo de las esquizofrenias. Maleval llama la atención sobre cómo, paradójicamente, el mismo Freud contribuyó en esta dirección ya que, si bien en los primeros años de su trabajo utilizó el término psicosis histérica e incluyó entre sus casos, como ya mencionamos, algunos con manifestaciones alucinatorias y delirantes, posteriormente, cuando inició el diálogo con la escuela de Zurich, se dejó impregnar por las concepciones de psiquiátricas de Bleuler, quien las incluyó dentro del amplio y heterogéneo grupo que creó para continuar y modificar a la vez la demencia precoz de Kraepelin. Los psicoanalistas posfreudianos, por su parte, contribuyeron a desplazar esta forma de la historia hacia las psicosis, ya que, no solo consideraron, justificadamente, la paranoia del Hombre de los lobos como una psicosis, sino que aún Ana O. fue clasificada entre las esquizofrenias, en un abuso de la categoría de las formas pseudoneuróticas de esa entidad clínica.

Los excesos actuales de la historia

Cabe preguntarnos entonces ¿qué ocurrió con las locuras histéricas, esas formas "psicóticas", entre comillas, de la histeria? ¿Desaparecieron en una cultura que excluyó las prácticas demonológicas?, como opina Freud. ¿O se expresan en la actualidad por medio de otras formas? Las respuestas abarcan ambas alternativas.

En cuanto a la primera, se puede tomar en cuenta el diagnóstico de Lacan, que sostiene que la histeria mitigó sus formas y sus síntomas como respuesta al surgimiento del psicoanálisis. Lacan describe la histeria y sus síntomas en permanente diálogo con los clínicos. Así como el *globus histericus* existió durante cientos de años transmitido por las sugerencias de los médicos que, a través de los interrogatorios, contribuyeron a su conservación; el surgimiento del psicoanálisis, la posibilidad de una nueva escucha ofrecida a los histéricos y, sobre todo, la prescindencia de los métodos sugestivos en relación con la histeria, condujeron, si no a silenciar sus síntomas, por lo menos a moderarlos.

En cuanto a la segunda alternativa, cabe preguntarse cuáles son las formas actuales de los excesos de la histeria. En mi opinión, pueden señalarse por lo menos cuatro.

1. Ante todo, la vía facilitada por Bleuler al incluir las locuras histéricas, con la complicidad de Freud, dentro del grupo de las esquizofrenias: se conocen multitud de casos de histéricas tratadas, y aún internadas por años, como esquizofrénicas. Estos casos no son novedosos: proponen al clínico las mismas dificultades diagnósticas de los casos muy conocidos: Madeleine y Achille, de Janet; Natalia, de Víctor Tauk; Suzanne, de Marion Milner; Suzanne Urban, de Ludwig Binswanger; o Marie-Christine de Maleval, entre otros.
2. En segundo lugar, deben mencionarse las anorexias actuales. Los psicoanalistas y clínicos dedicados a su estudio y tratamiento coinciden en que gran parte de los pacientes que integran este grupo se caracterizan por una estructura subjetiva histérica y responden al tratamiento como tales. Por lo general, cuando ocurre alrededor de la adolescencia, como modo de resistencia ante madres ansiosas y demandantes. No todas las anorexias constituyen locuras histéricas, muchas de ellas llegan a la psicosis. Aquí, al igual que dentro de los otros fenómenos designados como síntomas actuales, se trata de un grupo muy heterogéneo. Sin embargo, la clínica de la anorexia reconoce en este campo un refugio para los excesos de la histeria, ya que gran parte de quienes modulan su imagen corporal según las formas ideales de la moda, presentan problemáticas y mecanismos propios de la histeria; se trata de un testimonio ampliamente compartido.
3. En tercer lugar, debe hacerse una referencia al síndrome de personalidad múltiple, aun cuando esa moda no haya llegado hasta nosotros, sudamericanos, con la misma intensidad y extensión que las anorexias. En 1972, la personalidad múltiple parecía ser todavía una mera curiosidad. En 1980 se convirtió en un trastorno oficial en la tercera versión de DSM de la Asociación de Psiquiatría Norteamericana. En 1982 ya se hablaba de la epidemia de personalidad múltiple. En 1986 se diagnosticaron seis mil casos. Después, su incremento fue calificado como exponencial. Ian Hacking, epistemólogo norteamericano de las clasificaciones psiquiátricas, se pregunta qué pasó: ¿se trata de una nueva forma de locura, poco conocida anteriormente? ¿o existía desde antes pero no se la sabía reconocer? Diversos indicios indican que su modo de transmisión no es diferente de las epidemias de otros siglos y,

especialmente, que su reconocimiento e inclusión como categoría diagnóstica no han sido ajenos a su desarrollo.

4. Finalmente, corresponde preguntar si los fenómenos de posesión son específicos de otras épocas, como Freud sostuvo cuando escribió su artículo sobre el pintor Haitzmann: *Una neurosis demoníaca del siglo XVII*, o continúan existiendo en la actualidad. Todo indica que su desarrollo no fue propio de un único momento de la historia, particularmente propicio, sino que se desarrollan toda vez que esas condiciones vuelven a presentarse en muy diferentes grupos culturales. No son hechos que transcurran solamente en la ficción fílmica, sino en la vicisitudes de las sectas que mantienen su creencia en los espíritus y la posesión, algunas de origen afrobrasileño, pero también de otras latitudes. No es extraño, entonces, reencontrarlas en determinados nichos culturales de nuestras propias ciudades, a veces por sí solas, otras en delirios a dúo, o colectivos, donde pueden converger distintas estructuras psicopatológicas y combinarse las locuras histéricas con las psicosis propiamente dichas.

El diagnóstico diferencial entre locuras histéricas y esquizofrenias

Los problemas de diagnóstico diferencial entre las locuras histéricas y las psicosis, especialmente, las esquizofrenias, fueron señalados desde el nacimiento de ambas categorías clínicas. Numerosos clínicos objetaron la amplitud abarcativa del grupo de las esquizofrenias, señalando que el carácter disociativo de la histeria difería esencialmente de la *Spaltung* descrita por Bleuler como el proceso basal de la esquizofrenia. Debe mencionarse a Janet, quien investigó el estado mental de los histéricos y delimitó los factores específicos de los estados de desdoblamiento de la personalidad característicos de esos sujetos. Por otra parte, las contribuciones del psicoanálisis, aún las de Freud, pero sobre todo de Lacan, resultaron decisivas en el establecimiento de los rasgos diferenciales de ambos tipos de delirios.

Para terminar, mencionaré brevemente los cuatro grupos en que pueden distribuirse:

1. La modalidad del desencadenamiento o, como la llamaba Freud, las ocasiones de la enfermedad. Mientras en las psicosis predomina la situación delimitada por Lacan como la presencia de Un padre en lo real, introduciendo una instancia tercera en la relación imaginaria del sujeto con su pareja; en las locuras histéricas actúan condiciones erógenas que movilizan la culpabilidad inconsciente.
2. La modalidad de delirio. Este responde a mecanismos disociativos, automatismos mentales y alteración de la estructura del lenguaje, en el caso de la esquizofrenia. Se trata de delirios oniroides, con alteración del registro imaginario y la presencia de significados inconscientes, en las locuras histéricas.
3. La evolución del delirio, ya que en las últimas no se presentan deterioros.
4. Finalmente, la respuesta a la transferencia. Las locuras histéricas se comportan en este sentido de igual modo que las otras formas de histeria y son susceptibles del tratamiento analítico o, en general, de mejoras por vías psicoterapéuticas, como quedó señalado desde el momento mismo de su constitución como entidad clínica.

Buenos Aires, 24 de octubre de 2003