

ACERCA DE LA “LOCURA HISTÉRICA”: ALGUNOS ANTECEDENTES EN EL CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA

Carbone, Nora Cecilia; Piazzese, Gaston Pablo; Moreno, María Luján
Universidad Nacional de La Plata. Argentina

RESUMEN

En el marco del Proyecto Promocional de Investigación y Desarrollo Histeria en los márgenes: Estructura y función del síntoma histérico en presentaciones “no convencionales”, acreditado por la Universidad Nacional de La Plata, el presente trabajo se propone recuperar algunos estudios psiquiátricos señeros que muestran los avatares que sufrió la denominada “locura histérica” en la segunda mitad del siglo XIX. A través de la metodología de exégesis de textos y del análisis cualitativo de casos paradigmáticos de la bibliografía consultada, pudieron distinguirse los sucesivos criterios que vertebraron esta problemática categoría y permitieron despejar un cuadro con características propias, cuyo valor clínico diferencial respecto de las formas legítimas de la alienación mental aún resulta insoslayable.

Palabras clave

Locura histérica, Psiquiatría, Psicoanálisis

ABSTRACT

ABOUT THE HYSTERICAL MADNESS: SOME BACKGROUNDS IN THE FIELD OF PSYCHIATRY

Under the Promotional Project Research Hysteria in the margins: Structure and function of the hysterical symptom in “unconventional” presentations, accredited by the National University of La Plata, this paper intends to present some landmark psychiatric studies showing the avatars suffered by the so-called “hysterical madness” in the second half of the nineteenth century. Through the methodology of exegesis of texts and qualitative analysis of paradigmatic cases of the literature, they could be distinguished successive criteria that vertebrated this problematic category and allowed to clear a table with its own characteristics, whose differential clinical value in respect of the legitimate forms of mental alienation is still priceless.

Key words

Hysterical madness, Psychiatry, Psychoanalysis

Introducción

Tal como señala Lacan, fue gracias a Freud que el llamado “teatro de la histeria” llegó a su fin. En efecto, con su célebre caso Dora, la “*petite hystérie*” adquirió el estatuto de paradigma de la histeria en su conjunto, al precio de desalojar progresivamente de la escena a otras variedades de esa neurosis que habían alcanzado un amplio desarrollo teórico-clínico en épocas precedentes. Es el caso, por ejemplo, de la enloquecida “*grande hystérie*” que, no obstante, retorna en la época actual interrogando nuestra práctica.

La vieja categoría psiquiátrica de la *locura histérica*, disuelta durante la era psicodinámica por el avance abusivo del taxón de la esquizofrenia bleuleriana, es el fruto de una larga cocción durante la época de oro de la psiquiatría, cuando se delimitó un rico cuadro clínico diferenciado de otras especies mórbidas. Conocerlo es,

creemos, una cuestión preliminar ineludible para situar tanto las posibles intersecciones con la perspectiva psicoanalítica como los aportes originales que, al respecto, introduce esta última.

Griesinger y Morel: el nacimiento de la categoría “locura histérica” La primera mención al término “*locura histérica*” se atribuye al fundador de la psiquiatría clínica alemana, W. Griesinger. En su *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales* de 1845, este autor utilizó dicho rótulo en un sentido etiológico: “las neurosis espinales, que presentan simplemente una afección convulsiva o neurálgica muy limitada, o que se manifiestan en un estado de histeria confirmada, pueden dar nacimiento a la locura. En esos casos (...) la misma es producida por el pasaje brusco de la neurosis de un punto del sistema nervioso al cerebro” (Griesinger, 1845, 47). Este párrafo revela la filiación materialista de Griesinger, quien preconizaba que en las enfermedades mentales debía verse, ante todo, una afección del cerebro y consideraba, de acuerdo a las hipótesis predominantes de la época, que la histeria era un síndrome correspondiente a la irritación de la médula espinal. Desde el punto de vista clínico, describió el cuadro dividiéndolo en dos formas diferentes: la aguda y la crónica. La primera se caracteriza por la aparición de accesos agudos de delirio y agitación que a veces llegan hasta la manía y que pueden suceder o reemplazar al ataque convulsivo. Las enfermas gritan, cantan, golpean, injurian, padecen un delirio furioso, religioso o demoníaco y se entregan a actos extravagantes pero coherentes, con débil recuerdo o amnesia posterior. La forma crónica puede presentar el aspecto de la melancolía o de la manía, con frecuente evolución hacia la demencia. Se advierte en la concepción del autor lo que más tarde sería desarrollado por Morel y sus sucesores en términos de “transformación psíquica de la neurosis”, en la medida en que el vínculo entre los aspectos específicos de las variantes de la locura histérica y los trastornos del carácter histérico está dado por el hecho de que los primeros no son más que una exageración de los segundos. Así, cuando se intensifican los rasgos del temperamento nervioso propios de los sujetos histéricos (sensibilidad, irritabilidad, egoísmo, celos, impaciencia, mendacidad) dan lugar a la agitación, los actos impulsivos, los temas eróticos y religiosos y, a veces, al estupor.

En su *Tratado de las enfermedades mentales* de 1860, B. A. Morel retomó estas consideraciones para convertir a la locura histérica en una nueva especie nosológica, ubicada en el seno de la clase de las “locuras por transformación de las neurosis”. Es éste un concepto oscuro, que cabalga sobre la oposición continuidad-ruptura: la llamada “neurosis transformada” implica, por una parte, la desaparición o el pasaje a un segundo plano de los síntomas clásicos y, por otra, el surgimiento de “nuevas condiciones patológicas”; no obstante, estas últimas conservan la “impronta fundamental de la neurosis”. En el ámbito de la clínica esta oscilación redonda en la descripción de un vasto conjunto de manifestaciones que, en lugar de permitir el fácil reconocimiento de un cuadro claramente delimitado, abarca casi todo el espectro de la patología mental: agitación maniaca alternada con estupor; manía con actos excéntricos, vio-

lentas cóleras, impulsiones y alucinaciones terroríficas de la vista; dolores generalizados; delirios activos con perturbación completa de la inteligencia y de los sentimientos y con culminación rápida en la demencia; tristeza profunda alternada con accesos de alegría acompañados de impulsos destructivos; delirio de los actos y maldad; delirio de celos que llega al furor; delirio demonopático. En suma, una mezcla de fenómenos que ilustran bien el carácter proteiforme que Morel adjudicó a la locura histérica como única -y paradójica- especificidad.

Para concluir, puede señalarse que si bien Morel no logró demostrar la existencia de la locura histérica que postulaba, sus trabajos fueron el punto de partida de estudios posteriores que, admitiendo la inclusión de la entidad en las nosologías psiquiátricas, se abocaron a su reformulación.

Jean- Martin Charcot: la gran histeria o histero-epilepsia

En el marco de sus actividades al frente de la sala de los “convulsivos” de La Salpêtrière, el gran neurólogo francés tomó a su cargo el abordaje de aquellos casos cuya presentación clínica era considerada por los autores de la época como producto de la simulación. Arrancando a la histeria del descrédito en el que había caído, la elevó al estatuto de verdadera enfermedad a partir de la aplicación rigurosa del método nosológico, procedimiento clínico que, basándose en la observación y en el establecimiento de diferencias y correlaciones, apuntaba a la constitución de un *tipo*, es decir, de la forma completa de una enfermedad con todos los elementos sintomáticos posibles. Esto le permitió descubrir que la histeria tenía sus leyes, su determinismo, al igual que cualquier otra afección nerviosa con lesión material, afirmando que no había en ella simulación alguna y que el enfermo sufría las manifestaciones en forma automática como cualquier síntoma orgánico.

En ese contexto, resulta interesante detenerse en una de las formas paroxísticas descritas por el autor, la *gran histeria*, dado que es en su seno donde encontramos la especificación de las formaciones delirantes histéricas. Charcot delineó una marcha regular de cuatro fases que integran la gran crisis histérica completa: tras una serie de fenómenos premonitorios, sobrevienen sucesivamente los períodos epileptoide, de grandes movimientos, de actitudes pasionales y de delirio. Abordaremos estos dos últimos pues son los que conciernen al objeto de nuestra investigación. En cuanto al período de actitudes pasionales, debe señalarse que consiste en una fase alucinatoria (onirismo) en la que el sujeto vive cierto número de escenas de gran carga emotiva, -a veces reviviscencias de su pasado-, expresando teatralmente lo que siente: “(...) de golpe, la enferma mira una imagen ficticia. Se trata de una alucinación que varía según las circunstancias; la enferma muestra signos de horror o bien de alegría, según que el espectáculo que cree tener ante sus ojos sea espantoso o agradable” (Charcot, 1887, 117). Es necesario destacar que esta fase se asocia a una particular alteración de la conciencia, ya que aunque ésta conserva su claridad, se encuentra restringida al ámbito de la escena onírica, sin mantener vínculo alguno con la realidad exterior. El cuarto período, el del delirio propiamente dicho, prolonga el anterior, con la diferencia de que el sujeto percibe en parte lo que lo rodea, volviéndose, además, sugestionable: “Finalmente recupera el conocimiento, reconoce a las personas de su entorno y las llama por su nombre, pero el delirio y las alucinaciones persisten, no obstante, todavía durante un tiempo (...). Luego vuelve en sí, el ataque ha terminado, pero para recomenzar, la mayoría de las veces, unos instantes más tarde, hasta que, luego de tres o cuatro ataques sucesivos, el enfermo vuelve finalmente al estado normal” (Charcot, 1890, 165).

Para finalizar, es oportuno destacar que la aplicación sistemática del método nosológico al estudio clínico de la histeria permitió a Charcot realizar una demarcación precisa entre ésta y otras entidades como la epilepsia, la neurastenia y la alienación mental. Con respecto a esta última, interesa rescatar el esfuerzo de la escuela de Charcot por disociar el concepto de locura histérica heredado de Morel, reservando como específicamente histéricos los estados delirantes de la tercera y cuarta fases del gran ataque, es decir el delirio onírico y ecmnémico, caracterizado fundamentalmente por su corta duración. El resto de lo que hasta entonces se había descrito como locura histérica sería considerado por el gran neurólogo francés como la aparición de variedades clásicas de la alienación mental, bajo la forma de una asociación mórbida con los trastornos puramente histéricos. Esta posición sobre la existencia de tipos puros y de posibles combinaciones entre ellos, se aleja del principio de “neurosis transformada” propuesto por Morel, cuyo sesgo continuista tuvo por efecto el debilitamiento de los límites entre histeria y alienación mental.

El grupo de La Salpêtrière: el delirio histérico

A fines del siglo XIX surgió, en el área clínica de La Salpêtrière, un grupo de autores ligados conceptualmente por haber recibido la influencia de Charcot y por estar muy atentos al desarrollo de las concepciones alemanas de la época, quienes colaboraron en el monumental *Traité de Pathologie Mentale*, publicado en 1904 bajo la dirección de Gilbert Ballet. En el capítulo dedicado al “Estado mental de los histéricos” de dicho texto, Henri Colin fijó la posición del grupo respecto de la noción clásica de locura histérica, diciendo: “Hemos sostenido que no existía, hablando con propiedad, “locura histérica”, y que los casos descritos bajo ese rótulo constituían simplemente una combinación de la histeria con las diferentes formas de la locura” (Colin, 1904, 836). Esta afirmación, que continúa los desarrollos de Charcot acerca de los tipos puros y combinados, apunta a la caída de la categoría de “locura histérica”, en pos de la elevación del “*delirio histérico*”, definido del siguiente modo: “la histeria es una enfermedad bien neta, que tiene características autónomas, siempre idénticas, cuyas manifestaciones exteriores son los estigmas (...) El delirio es uno de los síntomas habituales de la histeria común, una suerte de transformación del ataque. Fuera de esto, ya no se trata de histeria pura, sino de histeria asociada a la locura, en cuyo caso el delirio puede revestir todas las formas de la alienación mental” (Colin, 1904, 841).

Para esos autores, el delirio histérico propiamente dicho puede representar uno de los períodos del ataque clásico, o bien constituir por sí solo todo el ataque, es decir, convertirse en su equivalente, con el mismo título que un acceso de corea ritmada, de mutismo, una contractura, etc.

El delirio fue descrito por el autor como “variable”, tanto en lo que concierne al tono emocional -alegre, triste o furioso-, como en lo que atañe al contenido -religioso u obsceno-. En cuanto al mecanismo, Colin enfatizó el predominio de las alucinaciones, sobre todo visuales, que acercan el delirio histérico al delirium alcohólico por sus rasgos oníricos. Cuando estas se presentan, muchas veces bajo la forma de zoopsias, el sujeto se ve transportado a un mundo imaginario, a escenas en las que frecuentemente interpreta el rol principal. El conjunto de estas manifestaciones, correspondiente a la tercera fase del gran ataque de Charcot, es denominado “delirio de acción”, ya que hay mímica y actuaciones variadas, en contraposición con el delirio del último período, “delirio de memoria” en el que predomina la palabra, el discurso y donde las alucinaciones están frecuentemente ausentes y son reemplazadas por ilusiones:

“las enfermas se encuentran absortas en el recuerdo de algunos acontecimientos de la vida pasada, particularmente impresionantes y penosos; se quejan de su destino, confiesan inconscientemente al entorno, en un lenguaje entrecortado, triste y melancólico, las penas, los tormentos, los remordimientos que las obsesionan” (Colin, 1904, 831). El cuadro de este último período se completa con un peculiar estado de alteración de la conciencia, en el que la enferma no está absolutamente ajena a lo que sucede a su alrededor, pero incluye en su delirio las palabras que oye. Estas apreciaciones, que recuerdan a la sugestionabilidad señalada por Charcot, se aproximan, asimismo, a lo referido por Moreau de Tours, quien también insistió sobre el estado de “semiconocimiento” en el que se encuentran los pacientes. En virtud de ello, si se los interroga en el curso de sus divagaciones, vuelven en sí durante unos instantes, con el riesgo de recaer luego nuevamente en sus extravíos.

Por último, Colin destacó aquello que, a su criterio, constituye uno de los rasgos esenciales del delirio histérico: su transitoriedad. “El delirio histérico tomado aisladamente no tiene jamás una larga duración (...) en general dura, a lo sumo, algunas horas, luego todo vuelve al orden” (Colin, 1904, 832). Es éste un elemento fundamental a tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial con la alienación mental, signada, por el contrario, por la cronicidad del delirio.

Sigbert Ganser y la histeria crepuscular

En 1897 este autor alemán, colaborador de Kraepelin, describió una “entidad nosológica específica” que trascendería bajo el nombre de *Síndrome de Ganser*, justificada por la existencia simultánea de varios rasgos sobresalientes. En primer lugar, las respuestas de lado (*vorbeigehen*), consistentes en una incapacidad para responder correctamente a las preguntas más sencillas, aún cuando las respuestas muestren que el sujeto ha comprendido bastante bien su sentido. Tales réplicas, en donde el paciente deja de lado la respuesta correcta y elige una falsa o inexacta, son excluidas, no obstante, del terreno de la simulación para ser elevadas al rango de auténticos síntomas de una enfermedad. Da razón de ello la convicción por parte del sujeto respecto de la certeza de sus respuestas y la coexistencia de éstas con otras manifestaciones bien delimitadas, de improbable conocimiento por parte de los legos en la especialidad. En segundo lugar, el delirio alucinatorio agudo, caracterizado por alucinaciones auditivas y visuales que comandan el comportamiento y las experiencias emotivas. Además, el cortejo de síntomas propiamente histéricos, los “estigmas”: analgesias o hiperalgias en diversas zonas del cuerpo, con alternancias de la sensibilidad, temblores espasmódicos temporales y estados de catalepsia. Finalmente, la transformación brusca del cuadro luego de algunos días, con recuperación de la conciencia y de la conducta normal, desaparición de los estigmas, respuestas correctas al interrogatorio y amnesia sobre lo acontecido, con posibilidad de reaparición periódica de los síntomas.

En suma, es el criterio clínico sindrómico el que permitió a este autor cernir la especificidad del cuadro dentro de la histeria, ya que es una particular combinatoria de elementos semiológicos la que lo vuelve identificable. En él, la concomitancia del trastorno de la memoria, de las fluctuaciones de la conciencia y de los estigmas físicos resulta suficientemente indicativa de la naturaleza histérica del conjunto, lo que habilita a incluirlo como una de las variedades de tal patología. Algunos años más tarde, la pérdida del criterio mencionado y la sola consideración de las pararrespuestas como un fenómeno similar al hallado en los dementes precoces, harían que los conceptos de Ganser quedaran “enredados en los meandros dispares de la esquizofrenia” (Stagnaro, 1998, 198) en

lugar de continuar siendo una referencia indiscutible en la clínica de la histeria.

Mairet y Salager: la locura histérica

En 1910 estos profesores de la facultad de Medicina de Montpellier dedicaron toda una obra a las diferentes manifestaciones de la locura histérica, categoría nosológica destinada a desaparecer por la conjunción del rechazo de las concepciones de Charcot en Francia con la referida introducción de la esquizofrenia en la esfera alemana.

Desde una perspectiva clínico-evolutiva, los mencionados autores realizaron una fina descripción del cuadro, caracterizado por la presencia de crisis delirantes que recidivaban periódicamente. Sus elementos semiológicos más significativos eran la exageración de la emotividad bajo la forma predominante del temor o de la cólera; un estado variable de la conciencia; ideas delirantes, diversas en cuanto a su contenido pero acordes a la emoción prevalente, asociadas a ilusiones y a alucinaciones visuales y auditivas. A esto se agregaban fenómenos histéricos concomitantes de orden físico (crisis de petit mal, insensibilidad cutánea, miodinias, neuralgias, parálisis, etc.) y psíquico (puerilidad, glotonería, mendacidad, testarudez, coquetería, negativismo, entre otros). En cuanto a lo específicamente delirante, debe señalarse, en principio, la importancia otorgada por estos autores a la cualidad onírica, en la medida en que el delirio se presenta generalmente con predominancia del elemento alucinatorio visual, articulado en una escena que es actuada en forma coordinada por el sujeto y que es pasible de ser influenciada por las intervenciones del médico. A continuación, la relevancia dada al carácter estereotipado de las crisis delirantes, constituidas al modo de una “fijación parásita de un complejo emotivo que se revive cada vez” (Mairet y Salager, 1910, 206), en donde frecuentemente se repiten sucesos de la vida pasada.

Veamos un ejemplo clínico tomado por los autores, que ilustra de modo cabal los rasgos de la locura histérica referidos anteriormente. Se trata de Catherine, una paciente de 33 años de edad, internada en el hospital de Montpellier, viuda y a cargo de tres hijos pequeños desde hace un tiempo atrás. Presenta crisis delirantes con alucinaciones visuales y auditivas que les dan un aspecto de “verdaderos sueños vividos y hablados”: “Hela allí hablando con su marido; lo ve, se alegra por su buena salud. Se la interrumpe para recordarle que su marido ha muerto. Responde que, si está muerto, ha resucitado: está allí, lo invita a sentarse a la mesa; es necesario apurarse porque debe volver al trabajo. ¿Te gusta este plato?... esta noche te haré costillitas; ven que te doy un beso, ¿volverás a casa temprano?” (Mairet y Salager, 1910, 112). En otro momento, da a ver la siguiente escena alucinatoria: cree reencontrarse con sus hijos, los nombra, los ve, dialoga con ellos: “(...) ¿Vengan mis pequeños que les daré un beso. Hace mucho que no nos vemos, ¿no es así?”. En actitud de escucha, parece esperar una respuesta. Efectivamente, la respuesta tiene lugar y se ve dibujarse en los labios de la enferma una sonrisa dolorosa. Interrogada acerca de dónde se encuentra, precisa el lugar y el tiempo de su delirio, que se coordina paso a paso: está en su cocina, son las ocho de la noche, entona canciones para sus hijos, luego rezan juntos, los acuesta. Posteriormente continúa trabajando, porque es necesario ganar dinero para que sus hijos coman, y termina lavando un último cesto de ropa. Los autores muestran cómo se puede prolongar y dirigir el delirio alucinatorio de la enferma, diciéndole: “Y bien, ¿qué lava usted, Catherine?”. La paciente enjabona rítmicamente un pañuelo con actitud distraída. En un momento dado se siente molesta: la incomoda una corriente de aire. El médico hace como que cierra una ventana y ella se tranquiliza.

Estas crisis, fieles reproducciones de escenas de la vida del enfermo cuya descripción refleja claramente la importancia del elemento escénico del delirio con sus componentes alucinatorio, de coordinación y de sugestionabilidad, llevan además el sello de la recidiva periódica. Entre los episodios, que retornan varias veces al día, persiste un estado de inquietud y de tristeza más o menos marcado, aspecto que atestigua la exageración de la emotividad enfatizada por los autores. Finalmente, tiene lugar la recuperación de la personalidad, con amnesia sobre lo acontecido y el paciente vuelve a la vida corriente mostrándose totalmente restablecido. En cuanto a la etiología, cabe subrayar el valor que Mairé y Salager conceden a la existencia del temor como causa determinante de los accidentes histéricos, emoción que puede estar ligada a un trauma real (atentados sexuales, caídas brutales, etc.) luego revivido en cada crisis, o bien surgir espontáneamente sobre un fondo de predisposición histérica con estigmas.

Conclusión

El recorrido histórico que hemos realizado en la presente investigación permite advertir la evolución que sufrió la categoría de “locura histérica” en el campo de la psiquiatría, desde su nacimiento a mediados del siglo XIX hasta su consolidación a comienzos del siglo XX.

Con Griesinger y Morel, creadores del término, asistimos a la asimilación de la locura histérica al delirio, tanto agudo como crónico, en donde el predominio de los criterios etiológico y sindrómico fue en desmedro de la especificidad del cuadro y propició su confusión con las diversas formas de la alienación mental. El corolario de esta posición se observa en el carácter proteiforme adjudicado por Morel a esta entidad, como única -y paradójica- especificidad.

Fue a partir de la aplicación del método nosológico al estudio de las enfermedades nerviosas que, con Charcot y sus contemporáneos, pudo establecerse una separación precisa entre la histeria y otras variedades de la patología mental. En pocos años se consolidaron los rasgos formales del “delirio histérico”, influenciado por la intervención del médico, “verdadero sueño vivido y hablado” que, al modo de una escena coordinada que se da a ver, reproduce situaciones vitales.

La claridad de los trabajos revisados en lo que incumbe a la delimitación de la envoltura formal de la locura histérica se vería rápidamente eclipsada por la extensión abusiva del concepto bleuleriano de esquizofrenia. Recuperarla abre las puertas a una interrogación que, a su vez, posibilita trascender el mero plano de la descripción de las manifestaciones mórbidas: aquella que propone el psicoanálisis en su esfuerzo de articular el fenómeno con la estructura que lo determina y lo modela. Parafraseando a Freud, sólo la “histología” psicoanalítica autorizará a encontrar el tejido constituyente que especifica la forma exterior, revelada por la “anatomía” psiquiátrica, de la locura histérica.

BIBLIOGRAFÍA

- Charcot, J-M. (1877-1890) “L'hystérie”, Paris, L'Harmattan, 1998.
- Colin, H. (1904) “Etat mental des hystériques”. En Ballet, G., (1904) *Traité de Pathologie Mentale*, Paris, Doin, 1904, 816-841.
- Freud, S. (1917) “Psicoanálisis y psiquiatría”. En *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XVI, 223-234.
- Ganser, S. (1897) “Estado particular de histeria crepuscular”. En *Alucinar y delirar*, Buenos Aires, Polemos, 1998, Tomo I, 197-204.
- Griesinger, W. (1845) “Patología y terapéutica de las enfermedades mentales”, Buenos Aires, Polemos, 2da. Parte, 1997.
- Mairé, A., Salager, E. (1910) “La folie hystérique”, Paris, L'Harmattan, 1999.
- Morel, B. (1860) *Traité des Maladies Mentales*, Paris, Librairie Victor Masson, 1860.