

Pequeña historia de la histeria

E. García-Albea Ristol¹ y J. García-Albea Martín²

Resumen

A lo largo de la historia, pocas enfermedades han desafiado tanto al pensamiento médico como la histeria. La presencia predominante en la mujer de una serie de síntomas benignos y recurrentes semejantes a los de la epilepsia relacionó desde las culturas más primitivas la histeria con el útero. Galeno, sistematizador radical de la gran cultura grecorromana, se topó con grandes dificultades en su definición. En la Edad Media, confundida en parte con la epilepsia, pasó a ser la más diabólica de las enfermedades. Los avances en la Edad Moderna no han resuelto la incógnita, aunque van acercando sus límites clínicos. La histeria, entidad *sine materia*, se desmarcó de las vanguardistas explicaciones localizadoras anatómicas: pasión de la mente y disfunción «nerviosa» primero y «neurótica» después. Las sucesivas teorías especulativas del siglo XIX (mesmerismo, magnetismo animal, etc.) también fracasaron en sus intentos de apoderarse de esta enfermedad común y proteiforme que puede imitar a cualquier enfermedad. Charcot, llamado a resolver el enigma, trató inútilmente de definirla como una enfermedad «neurológica». El desarrollo de la psiquiatría, el despliegue de la psicogenia y Freud convirtieron a la histeria en un modelo que concentra todo el dramatismo humano. Finalmente, I.P. Pavlov desmontó toda la especulación de los instintos incompatibles psicoanalíticos y redujo la mente a una serie de complejos reflejos condicionados. El debate sigue abierto. La entidad se desliza de nuevo hacia la neurología y los histéricos siguen pendientes de una explicación y un tratamiento satisfactorios.

Palabras clave: Histeria. Epilepsia. Charcot. Freud. Pavlov.

¹Servicio de Neurología
Universidad de Alcalá
Alcalá de Henares
Madrid

²Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Madrid

Dirección para correspondencia:

Esteban García-Albea Ristol

E-mail: egarciaalbea.hupa@salud.madrid.org

Abstract

Few diseases have challenged medical thought throughout history as much as hysteria. Even the most primitive cultures related hysteria, the series of benign and recurrent symptoms similar to those of epilepsy and occurring predominantly in women, to the uterus. Galen, the radical systematizer of the great Greco-Roman culture, encountered serious difficulties in defining it. During the Middle Ages, mistaken in part for epilepsy, it was considered the most evil of diseases. Advances in the Modern Age have not solved the mystery, although its clinical limits are being established. Hysteria, a disorder sine materia, was dissociated from the advanced explanations of its anatomical locations: first, as a passion of the mind and “nervous” disorder, and later, as a “neurotic” disorder. A succession of speculative theories (mesmerism, animal magnetism, etc.) that emerged during the nineteenth century also failed in their attempts to define this common and protean disease that can mimic any disease. Charcot, called upon to solve the puzzle, tried unsuccessfully to explain it as a “neurological” disease. The development of psychiatry, the role of psychogenic factors, and Freud turned hysteria into a model that condenses the entire human drama. Finally, I.P. Pavlov took apart all the speculation regarding incompatible psychoanalytic instincts and reduced the mind to a series of complex conditioned reflexes. The debate is still open. The disease is shifting again to neurology and people suffering from hysteria still await a satisfactory explanation and treatment. (Kranion. 2014;11:39-48)

Corresponding autor: Esteban García-Albea Ristol, egarciaalbea.hupa@salud.madrid.org

Key words: Hysteria. Epilepsy. Charcot. Freud. Pavlov.

INTRODUCCIÓN

Temkin, en su magno tratado sobre la historia de la epilepsia, *The falling sickness*, preludia el estudio con esta afirmación: «Una historia de la epilepsia parece prematura, quizás también, una empresa dudosa. No existe unanimidad sobre el alcance del concepto de epilepsia, y la naturaleza de la enfermedad permanece oscura. Porque [...] por otro lado, es muy difícil, si no imposible, trazar una línea que permita distinguir entre la epilepsia y ciertos casos de histeria severa»¹. Esta dificultad se multiplica con la historia de esa otra venerable entidad, tan cambiante y evanescente, pero difícilmente prescindible, como la histeria. Los diferentes ámbitos clínicos del concepto a través de la historia, la multiplicidad patogénica –como el tan estéril

como apasionante debate sobre su condición psíquica u orgánica– y la ausencia a día de hoy de una teoría satisfactoria para, al menos, los trastornos de conversión, han llevado incluso a evitar su uso por algunos psiquiatras² o, por el contrario, reivindicar la permanencia del término por otros³. Como veremos, el conocimiento en el tiempo de esta resistente entidad parece, por un lado, el fracaso histórico a un desafío clínico pero, por otro, nos embarca en la gran historia de la medicina misma y el complejo conocimiento del alma humana.

EGIPTO Y GRECIA

Desde los albores de la medicina se identifican dos ideas que persistirán a lo largo de la historia de esta entidad: la ligazón de lo

que se conocerá como histeria a la condición femenina, por un lado, y su relación más o menos próxima a la epilepsia, por otro.

En el papiro Kahoun, se describe una primera referencia al útero como causa de ciertas enfermedades. Las sustancias uterinas podrán determinar cefalea, ceguera y temblor (Kahoun, 11, 2, 5-7)⁴.

Para los griegos, el útero es un órgano móvil en cuyos desplazamientos hacia el diafragma originará la «sofocación», conjunto de síntomas característico de las enfermedades uterinas o histéricas. Los hipocráticos creen que, a pesar de la semejanza con la enfermedad sagrada, se diferencia de ella en que la conciencia no se pierde. El espíritu radicalmente sistematizador de Galeno ya reclama una mejor definición, pues: *passio hysterica unum nomen est varia tamen et innumerabilia accidenta sub se comprehendit*⁵. Gran parte del debate sobre la incertidumbre del término permanece vigente en la actualidad. El pergamano describe una multiplicidad de causas que convergen en las jóvenes, de causa natural (no demoníaca), entre ellas algunas de origen sexual (sustancias uterinas y, también en varones, semen retenido) que permanecerán durante siglos acompañando a la explicación de la histeria.

EDAD MEDIA

En la Edad Media se pierden gran parte de las elaboradas teorías de los médicos naturalistas griegos para dar paso de nuevo a las viejas creencias demoníacas. Los epilépticos pasan a llamarse *caducus*, *lunaticus*, *demoniacus* o posesos, términos

todos ellos de origen popular. Es de gran importancia la referencia a los pasajes de la Biblia sobre la curación del niño poseso (San Marcos, IX, 14-29; San Lucas, IX, 37-43) o lunático (San Mateo, XVII). Los patrones de distintas enfermedades se multiplican (San Valentín, Santa Bibiana, San Mateo, San Juan Bautista, San Lupus: patrones de los epilépticos) y prodigan las peregrinaciones a lugares sagrados para buscar la cura del mal.

Pero no todo se perdió en la Edad Media. La fidelidad de la medicina arabigoandaluza a los clásicos, la traducción al latín de los textos árabes que habían mantenido los conocimientos de los médicos griegos y la actividad escolástica de los monasterios permitieron algunos avances. Las epidemias histéricas o coreomanías se suceden, siendo la más conocida la que se inició en 1374, donde miles de alemanes navegaron por el Rin hacia Aachen para bailar ante el altar de la Virgen de la Catedral hasta el agotamiento y, en ocasiones, la muerte.

MEDICINA MODERNA

Renacimiento

Durante el Renacimiento, los médicos recuperan la vanguardia intelectual, se traducen directamente a los venerados autores clásicos y se debate de forma abierta sobre las causas de la enfermedad. C. Le Pois (1563-1633) y T. Willis (1622-1675) establecen de forma doctrinal que el origen de la histeria es el cerebro. Es la explosión de los «espíritus vitales» (*explosio willisiana*), «situados en el comienzo de los

nervios dentro de la cabeza»⁶. La teoría uterina se desvanece cuando T. Willis demuestra en las autopsias el pequeño tamaño y el firme anclaje del útero en las jóvenes histéricas. Para T. Sydenham (1624-1689), la histeria es una enfermedad común y proteiforme que puede imitar a cualquier enfermedad y nada tiene que ver con la patología uterina. Las emociones son los desencadenantes comunes (miedo, angustia, dolor) que ocurren en «personalidades histéricas». La histeria pasa de ser una pasión uterina a una pasión de la mente.

Medicina en el Siglo de las Luces

Whytt (1714-1776), descubridor del reflejo pupilar y seguidor de T. Willis, aún todas las enfermedades en que se supone existe una afectación del sistema nervioso como «nerviosas», incluyendo la hipocondría y la histeria, y escribe un tratado sobre las «enfermedades nerviosas»⁷. La nosología de la histeria continúa oscura «hasta el punto de que suele decirse que los médicos han conferido el carácter de nervioso a todos los trastornos cuyas causas ignoran». En la segunda mitad del siglo XVIII, las «enfermedades nerviosas» delineadas como *speciae morbosae* por T. Willis y Boerhaave (*morbis nervorum*), pasarán a llamarse *neurosis*, término introducido por W. Cullen (1710-1790), que las considera enfermedades generales en contraposición con las locales. Las enfermedades *sine materia* se transforman en parte en afecciones generales por disfunción del sistema nervioso.

Siglo XIX

En los comienzos del siglo XIX, tras el relativo fracaso de la anatomía patológica en descifrar la histeria, será la fisiopatología, aunque marginada por el éxito de los anatomistas, la que traerá nuevas ideas para esa enfermedad heterogénea, benigna y, entonces, menospreciada. En gran parte, hay que volver la cabeza hacia el vitalismo, a las simpatías morbosas (Broussais) o a las localizaciones funcionales (Foville). El nacimiento de la «psicología médica» y la «psiquiatría» en el siglo XIX supondrá un flujo nuevo de ideas que con mayor o menor carga dogmática incidirán en la histeria.

P. Pinel (1745-1826) trató de poner orden a la «imagen de la confusión y el caos», incluida la confusión clínica entre los 800 enfermos –y no enfermos, enviados allí por acciones delictivas– que se hacinaban en el gran manicomio parisino de La Salpêtrière. Las enfermedades nerviosas se resisten a su identificación clínica por su condición proteiforme, como su ausencia de caracterización anatomopatológica. La histeria es «un ejemplo de oscuridad y confusión».

Por otro lado, en la pujante escuela berlinesa, W. Griesinger (1817-1868), organicista convencido, retado en descubrir las causas orgánicas de las enfermedades mentales, se enfrenta con «la más inclasificable y multiforme de todas las afecciones»: la histeria.

Mesmerismo, sonambulismo, hipnotismo

Desde una fuente muy lejana a la clínica neurológica, muchas ideas convergerán

en la histeria y se apoderarán de la entidad. En el siglo XVIII se inicia una línea relativamente independiente de actuación y pensamiento médico, encumbrada por unos, despreciada por otros, pero de extraordinaria influencia en el siglo XIX, que alcanzará a Charcot y Freud, los máximos protagonistas de la historia de la histeria: el mesmerismo o magnetismo animal. Mesmer (1734-1815) publica su tesis *De planetarum influxu in corpus humanum* basándose en la ley de la gravedad de I. Newton. Sus conclusiones parecen innovadoras: existe un «fluido magnético universal [...] que se mueve con la máxima celeridad, actúa a distancia, se refleja y refracta como la luz, es inactivado por algunos cuerpos y cura directamente las enfermedades nerviosas e indirectamente todas las restantes»⁸. El trance magnético evolucionará a sonambulismo, sueño provocado e hipnosis, término este introducido por J. Braid (1795-1860). No cabe en esta monografía siquiera citar los múltiples desvíos «espiritistas» que dinamizó el mesmerismo.

La monografía más completa y leída de la época, y que será referencia constante en los trabajos de Charcot, se debe a Briquet. Este sólido internista publica en 1859 el *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, que es capaz de reunir una experiencia de 430 casos (las series ya representan el núcleo de la publicación científica).

Charcot

Charcot (1825-1893) (Fig. 1) se alza como una de las figuras cumbre de la medicina clínica de todos los tiempos. En el *Quartier*



FIGURA 1. Jean Martin Charcot.

des épileptiques simples de La Salpêtrière se enfrentará, hasta casi la obsesión, con un cuadro que se resistía a una ordenada clasificación clínica y una explicación anatómica: la *grande névrose*, la histeria, ese cajón de sastre que había despreciado su maestro Lasègue. Para Charcot, «también la histeria a igual título que los otros estados mórbidos obedece a reglas, a leyes que una observación atenta y suficiente siempre permitirá identificar»⁹. Primero, la observación detallada, y ello demuestra que la histeria es una enfermedad básicamente paroxística (ataque histérico) a la que se asocian o no «síntomas permanentes» o «histerismo local o focal». Utilizando términos ya asentados en la epilepsia (*grand mal*, *petit mal*), los ataques histéricos pueden ser mayores o menores:

gran histeria (histeria *major* o histeroepilepsia), en que se manifiestan todas las fases del ataque, e histeria *minor*, en que los ataques no se desarrollan en toda su amplitud. Los datos clínicos recogidos tan meticulosamente le permiten aislar la histeria de la locura histérica, la simulación, la hipocondría, la neurastenia, la epilepsia, la patología uterina (con la singularidad de la hiperestesia ovárica) y los trastornos estructurales («lesiones encefálicas en foco»). Fiel a su propia historia, buscó insistentemente una lesión cerebral que se le resistió. Especuló sobre lesiones «dinámicas», transitorias, que no dejan huella morfológica, dejando para sus discípulos el reto. A pesar de su acoso al problema desde nuevos frentes (hipnotismo; y, en parte, tras su agotamiento en esta vía), nunca renunció a sus ideas originales. Con Charcot, la histeria pasó de ser una enfermedad «neurótica» a una enfermedad «neurológica». Tan solo al final de su vida e influido por los avances en psicogenia de sus discípulos P. Janet y J.F.F. Babinski, y de las críticas de H.M. Bernheim, admite que «la histeria es en gran parte una enfermedad mental». Su célebre y póstumo artículo sobre la *Foie qui guérit*, analizando las epidemias de histeria –«procesiones danzantes», «demoniopatías»– del siglo XVI, parece una claudicación psicologista a su brillante pasado¹⁰. Algunos malévolos acusaron a Charcot de ser alumno de la escuela de Nancy.

Un alsaciano, H.M. Bernheim (1837-1919), tras formarse en la fisiopatología alemana y lograr una cátedra médica en Nancy, dedica todos sus esfuerzos a la hipnosis. Los signos «objetivos» de La Salpêtrière son tan

solo fenómenos sugeridos por el ambiente o por el hipnotizador, incluido el propio trance hipnótico. Para H.M. Bernheim, los enfermos de Charcot hacían lo que el médico esperaba de ellos.

Tres discípulos de Charcot, de desiguales lealtades, continuarán su obra: J.F.F. Babinski, P. Janet y Freud. J.F.F. Babinski (1857-1932), el discípulo favorito, se levanta como valedor del añoso maestro acosado por la escuela de Nancy, aunque al final de su carrera, y a través del concepto de pitiatismo (sensibilidad a la persuasión), se aproxima a las tesis de H.M. Bernheim. Introduce el signo que lleva su nombre como estigma orgánico que permite descartar la histeria. Representa una transición entre el organicismo de Charcot y el asentamiento de la psicogenia posterior. La histeria, en efecto, está dejando de ser una enfermedad neurológica para ser una enfermedad psiquiátrica. El gran impulso corresponderá a P. Janet (1859-1947).

Para P. Janet, las «lesiones» en la histeria son puramente «ánimicas», debidas a la disociación de las fuerzas psicológicas unificadas. Debajo de la conciencia (subconsciente), de la «personalidad» consciente, existen fuerzas operantes, «personalidades segundas», «ideas fijas», recuerdos, imágenes y expectativas («creencias») que actúan lo suficiente como para expresar los síntomas histéricos o los sueños, y que pueden ponerse en evidencia tras la «disgregación», la reducción (el «debilitamiento») de la «síntesis» de la conciencia como en el hipnotismo. Se abre la puerta a Breuer y Freud, quien nunca lo reconoció.



FIGURA 2. Sigmund Freud.

Freud

Freud (1856-1939) (Fig. 2), formado ampliamente en todos los frentes de la neurología alemana, acude durante 19 semanas a París, donde queda impresionado por Charcot y acepta inicialmente como definitivo el esfuerzo del maestro por instalar científicamente los fenómenos histéricos e hipnóticos en la mentalidad anatomoclínica. Publicará en francés, por encargo del maestro, «Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas»¹¹, que revela a un muy bien formado clínico y un agudo observador. Descubre la falta de correlación entre la anatomía y la distribución de las parálisis, pero

busca, además, un «sentido» en el síntoma. Y esto es nuevo. No son, por tanto, parálisis de proyección, sino de representación, tan solo analizables desde la psicología de las concepciones, en que intervienen los afectos a un nivel subconsciente. Freud, utilizando una jerga psicológica procedente de P. Janet en gran parte y de su antiguo maestro Herbart («conflicto de representaciones», básicamente la represión), y sin abandonar explicaciones fisiopatológicas (alteraciones de la excitabilidad), está iniciando la construcción del psicoanálisis. En 1893, publica, conjuntamente con Breuer, «El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. Comunicación preliminar», que se considera el escrito fundacional del psicoanálisis. El «trauma psíquico», que hace equivaler inicialmente al trauma físico de las «histerias traumáticas», es el causante oculto de la enfermedad. La catarsis del contenido traumático suponía la curación del síntoma. «El paso de la catarsis al psicoanálisis» está ligado al «sorprendente descubrimiento», que no abandonó en su vida, de las perturbaciones de la vida sexual como causa de las neurosis. Freud emplea el «método de las asociaciones libres», que no se somete a los azares del hipnotismo y considera más fecundo para su teoría. La teoría de la represión y lo que ello conlleva con el enfrentamiento entre diversas energías inconscientes es la base del psicoanálisis y el origen de los síntomas neuróticos. Las «ideas fijas» de los histéricos se han transformado ahora en «ideas incompatibles» que derivan en síntomas físicos: «conversión». Los esquemas mecanicistas iniciales de P. Janet se han complicado. Freud

propone una conciencia fragmentada, disociada, con diversos «juegos de fuerzas», donde los instintos pueden reprimirse, activarse, desviarse, sublimarse, somatizarse, etc., que determinarán la «conversión» histérica. Este término ha sobrevivido hasta la actualidad: «síntomas de conversión». Como vemos, la histeria, alzada por Freud como el modelo que concentra todo el dramatismo humano, será uno de los polos del pensamiento antropológico de gran parte del siglo XX. A pesar del extraordinario éxito inicial en las últimas décadas, se ha observado un alejamiento progresivo –cuando no un rechazo– de la medicina oficial al psicoanálisis, permaneciendo el dogma psicoanalítico, ya en retirada, como una medicina paralela. A nivel práctico, los histéricos seguían pendientes de una explicación y un tratamiento.

I.P. PAVLOV

Es preciso citar al máximo representante de la brillante escuela rusa de fisiología, I.P. Pavlov (1849-1936), que definió en el Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1903, el concepto de reflejo psíquico o condicionado. I.P. Pavlov considera la psicología tan solo como fisiología, de manera que: «los fenómenos vitales denominados psíquicos, observados objetivamente en los animales, no se distinguen de los puramente fisiológicos más que por su grado de complejidad». Las «neurosis experimentales» logradas con estímulos ambiguos entre placer y displacer («conflicto entre los procesos de excitación e inhibición, que difícilmente resuelve

la corteza cerebral») o mediante «la acción de un estímulo extremadamente poderoso y no corriente», son un ejemplo de su aproximación a las neurosis.

Siglos XX y XXI

En este frustrante contexto de fragmentación de escuelas, de declive de grandes teorías que ocuparon durante mucho tiempo a los pensadores médicos y no médicos, de tendencias dogmáticas y antidogmáticas, de insatisfacción general para construir una sólida explicación de la histeria, siquiera una identificación de estos enfermos (o no enfermos), o tan solo su aceptación como entidad, llegamos a nuestros días.

Durante la segunda mitad del siglo XX, y debido en gran parte a la crisis del psicoanálisis, el concepto –y el término– de histeria ha sido atacado desde diversos frentes hasta su casi su desaparición «oficial». Presente todavía en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), se fragmenta y desaparece en la décima revisión (CIE-10). La neurosis histérica pasa a denominarse trastorno de somatización, donde también se borra el término secular de neurosis. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMM), en su loable intento de ordenar y unificar la, en ocasiones, caótica nosología psiquiátrica, incluye la histeria dentro del capítulo general de los trastornos somatomorfos, cuyos únicos criterios compartidos son la presencia de signos físicos que «no son explicables» por la presencia de una enfermedad médica bien delimitada.

En verdad, poco se ha avanzado desde la nosología galénica, la consideración de Lasègue de que el conjunto de la histeria se trata de un «cajón de sastre» que comprende innumerables situaciones, la «categoría de lo desconocido» de Charcot, la *sine materia* de los clásicos –actualizada a materias químicas, inmunológicas, etc.– y la consideración de funcional, concepto desarrollado por Gowers en el *Queen Square* para las enfermedades *sine materia*, como muchas epilepsias «idiopáticas».

Los pacientes «histéricos» siguen pendientes de una explicación y un tratamiento satisfactorios. La neurología continúa buscando el porqué de esta «disfunción» con integridad anatómica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Temkin O. Preface to the first edition. En: The falling sickness. Baltimore: The John Hopkins Press; 1970. p. VIII.
2. Slater E. Diagnosis of "hysteria". Br Med J. 1965;1:1395-9.
3. Guze S, Perley MJ. Observations on the natural history of hysteria. Am J Psychiat. 1963;119:960-5.
4. Bardinat T. Papyrus médical de Kahun et autres textes. En: Les papyrus médicaux de l'Egypte pharaonique. París: Fayard; 1995. p. 438.
5. Galeno. Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales. Darenberg C, ed. y trad. T. II. París: 1856. p. 685-6.
6. Brain R. The concept of hysteria in the time of William Harvey. Proc Royal Soc Med. 1963;56:321-3.
7. Whytt R. Observations on the nature, causes, and cure of those disorders which have been commonly called nervous, hypochondriac, or hysteric: to which are prefixed some remarks on sympathy of the nerves. Ed. J. Balfour, 1767.
8. Mesmer FA. En: López Piñero JM. Del hipnotismo a Freud. Madrid: Alianza Editorial; 2002. p. 31.
9. Charcot JM. Clinical lectures on diseases of the nervous system. Vol 3. London: The New Sydenham Society; 1889. p. 12.
10. Charcot JM. La foie qui guérit. Archives de Neurologie. 1893;87.
11. Freud S. Quelques considerations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hysteriques. Arc Neurol (París). 1893;26:29-43.