

SEPARATA  
DE  
**Archivos**  
DE LA  
**Facultad**  
DE  
**Medicina**  
DE  
**Madrid**

**La histeria ayer y hoy**  
Por el Prof. J. J. LOPEZ IBOR

**Arch. Fac. Med. Madrid**



**Vol. XVIII, n.º 2 Agt. 1970**





## LA HISTERIA AYER Y HOY

Por el Prof. J. J. López Ibor

Catedrático de Psiquiatría

El curso pasado ingresó en nuestro Servicio del Hospital Clínico una enferma de 18 años, quien 3 años antes había comenzado con un trastorno peculiar de la marcha que fue atribuido a un «pie-bot» y operado en un Servicio de Cirugía general. Después de la operación desapareció el trastorno, pero a los dos meses reapareció dicho trastorno de la marcha en la otra pierna. De nuevo fue intervenida y volvió a remitir, reapareciendo posteriormente una paraparesia de carácter flácido. Fue sometida en diversos Servicios Neuroquirúrgicos a exploraciones muy detenidas buscando una lesión como posible explicación de dicha paraparesia. Se desistió de la intervención por no lograr un diagnóstico firme y entonces fue sometida durante largo tiempo, en dos Hospitales distintos, a largas curas de rehabilitación motora. No sólo no mejoró, sino que se sumaron otros trastornos, tales como una retención de orina que determinaron meticulosas y continuas exploraciones urológicas y al final la necesidad de ser sondada cotidianamente. Finalmente un día, en uno de estos hospitales, le apareció una lesión en la espalda. El dermatólogo que fue llamado para establecer el diagnóstico, pensó inmediatamente en un artefacto y eso determinó que fuera trasladada al servicio de Psiquiatría, al cabo de 3 años de esta larga historia, donde se descubrió el carácter psicógeno de todos estos trastornos; alguno de ellos podría situarse al borde de la simulación, puesto que la enferma por las noches, cuando estaban las demás enfermas dormidas, se levantaba para orinar en uno de los lavabos próximos. Como se había establecido un servicio de vigilancia permanente, se descubrieron éstas y otras «maniobras» de la enferma. Por otra parte, el estudio detenido de ella demostró una ligera debilidad mental.

Este caso y otros análogos se podrían referir; algunos tan extraordinarios como éste, examinados en estos últimos años en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Clínico, demuestran la necesidad de volver a llamar la atención sobre los síntomas de conversión que caracterizan la histeria y que ahora tienen tendencia a aumentar en frecuencia.

McEvedy con el título de «encefalomielitis miálgica y concepto de la encefalomielitis miálgica benigna», describe unas epidemias diagnosticadas de esta manera en Los Angeles y en Middlesex —en esta última ciudad extendida en

tre las enfermeras— en las cuales se pudo demostrar que no había ninguna razón para establecer el diagnóstico de un proceso inflamatorio o infeccioso del sistema nervioso y que se trataba en el fondo de síntomas psicógenos, cuya dinámica estudió muy detenidamente el citado autor.

Casos clínicos como el citado anteriormente los vemos estos últimos años con mayor frecuencia; también estudiando las publicaciones sobre los cuadros histéricos y los problemas que plantean, en las revistas dedicadas a la psiquiatría o a la medicina psicosomática. Esto nos debe hacer sospechar la posibilidad de que se incrementen los cuadros histéricos en un futuro próximo, aunque se elijan otros epítetos para decírnoslo, ya que la palabra *histeria* se ha convertido en un epíteto que para muchos enfermos llega a ser humillante.

En la última guerra se pudo observar, cómo las manifestaciones neuróticas en general, cambiaban en su manera de expresarse y en lugar de ser tan demostrativas como los casos clásicos de histeria, se convertían en más íntimas y viscerales, por eso se comenzó a prestar mayor atención a lo que se llama hoy patología psicosomática; sin que éstas hayan descendido en importancia, se han aumentado otra vez las formas demostrativas de la enfermedad y por ello resulta interesante subrayar este hecho y prestarle alguna atención.

El concepto clásico de histeria es muy amplio y comprende tres apartados fundamentales:

- A) Reacción de conversión.
- B) Reacciones viscerales.
- C) Personalidad histérica.

La *reacción de conversión* consiste en lo siguiente: Un trauma psíquico se convierte en un síntoma somático. Hay como una transformación de la energía psíquica en somática, determinada porque el impacto emocional no puede absorberse en la corriente normal de la vida psíquica, quedando aislado, pero manteniendo su energía perturbadora que se manifiesta en síntomas somáticos. Este es el concepto de Freud. El síntoma con el trauma están ligados *por una relación de sentido*, es decir, el síntoma tiene una significación que debe ser puesta en relación con el trauma o emoción experimentada.

Clásicamente se ha escrito una *histeria visceral*; a través de este puente la histeria había establecido relaciones con la melancolía (melancolía ventosa). El campo de la medicina psicosomática ha absorbido casi todo este capítulo.

El problema de la *personalidad histérica* es distinto que el de los anteriores, porque puede presentarse la reacción de conversión en personalidades histéricas o en personalidades no histéricas y porque los trastornos psicosomáticos plantean problemas especiales en torno a la posible especificidad de la personalidad en relación con ciertos trastornos psicosomáticos.

#### HISTERIA HIPNOIDE, DE RETENCION Y DE DEFENSA

Breuer descubrió en su enferma Ana O. que algunos síntomas histéricos desaparecían cuando se conseguía, hallándose la enferma en hipnosis, retrotraer el recuerdo a la situación en que se había formado los síntomas.

La rememoración de estos traumas psíquicos aparecía siempre acompañada de una emoción violenta; cuando la enferma explicaba la situación, tal emoción «ab-reaccionaba» y el síntoma desaparecía. Breuer llamó a este método curativo psicocatarsis. Freud estableció con Breuer la siguiente teoría: en todo caso de histeria existe una tendencia a la disociación y, con ello, una tendencia al desarrollo de estados hipnoides anormales.

En estos estados hipnoides aparecen representaciones que quedan separadas o segregadas de los otros contenidos de la conciencia. La referencia a la teoría de la disociación de Janet era clara. Estas representaciones conservaban, pues, una cierta frescura porque no se gastaban por la abreacción. En sus primeras publicaciones distinguió Freud tres clases de histeria, que designó con el nombre de «histeria hipnoide», «histeria de retención» e «histeria de defensa». En la histeria hipnoide la representación se convertía en patógena porque había aparecido en un estado psíquico anormal, de tal suerte que quedaba fuera de la circulación psíquica, por así decirlo, incrustada en la corriente de la vida psíquica como un cuerpo extraño. El fenómeno fundamental, pues, desde el punto de vista genético, era la disociación de la conciencia. En la «histeria de retención» lo que ocurría es que la excitación traumática no se descarga en reacción afectiva (ab-reacción): ésta faltaba, es decir, la corriente emotiva quedaba representada y por eso se convertía en patógena. La «histeria de defensa» se presentaba en aquellos casos en los que había una evidente tendencia por parte del enfermo a defenderse del recuerdo traumatizante. No era que éste hubiera aparecido en estado hipnoide, ni siquiera que se hubiera represado en su dinámica efectiva, sino que, simplemente, no quería ser recordado. La tendencia, en este último caso, era reveladora de una actitud moral, había una represión como expresión de un conflicto entre un yo moral por así decirlo, y unas tendencias de carácter instintivo más o menos inmorales. En la histeria de defensa la emoción, eliminada de la corriente, se transformaba o se convertía en síntomas somáticos. En las fobias, tal emoción se convertía en síntomas psíquicos. Como se ve, esta última forma de histeria es la que sirvió después a Freud para toda su teoría de las neurosis. Aquí aparecen por primera vez delineados los conceptos de «resistencia» y de «represión». Sobre todo se había olvidado la primitiva «disociación de la conciencia» de la histeria hipnoide. Una segunda nota agregó Freud a este carácter de la situación traumatizante. No lo era por su propia virtud, sino porque respondía a una serie de situaciones traumatizantes anteriores, de tal manera que la molestia o la perturbación de la situación actual lo que hacía era como acumular capital actuante utilizando todas las otras situaciones traumatizantes de épocas anteriores de la vida. Después de este carácter fue cuando Freud cayó en la cuenta de que las situaciones traumatizantes eran de carácter sexual.

Este esquema de la histeria montado sobre la «reacción de conversión» se extendió después a todas las neurosis e incluso a las llamadas neurosis orgánicas. Las tesis actuales andan todavía en un flujo y reflujo sobre esta tentativa de generalización de los mismos mecanismos de conversión.

Este esquema parece muy claro y adaptado a la realidad clínica, pero no se halla libre de objeciones. En efecto, en la reacción histérica el síntoma expresa la situación emotiva; pero mirados los casos más de cerca vemos que el síntoma sólo expresa la situación psíquica primordial, correlativa a la situación de ánimo: la de la impotencia, la de no poder. El enfermo no puede con esa situación. De ahí la parálisis o la afonía. No puede, o cree que no puede. De ahí los síntomas que se apoyan sobre la reacción de huida. Freud hablaba de que el histérico no quiere saber. La expresión más correcta —mientras estemos en el continente de la enfermedad y no en la isla de la simulación—, es que el enfermo «cree que no puede». Que esta impotencia o creencia en la impotencia está ligada a determinadas condiciones caracterológicas, es evidente, así como lo es la influencia del medio exterior. Se manifiesta esa creencia cuando se espera ser comprendido. El simbolismo se establece a través de ese frente global de la impotencia del enfermo.

La descarga ocurre porque la emoción en sí, la vibración anímica, no continúa, sino que se transforma en esa experiencia subjetiva del «no poder». Por ejemplo, un enfermo se ha asomado al abismo de la angustia en una crisis aguda; ésta, en sí, pasa y deja un poso angustioso. Pero en la crisis aguda su impotencia ha cuajado, a su vez, en una parálisis que persiste. Esa persistencia lo que quiere decir es que el enfermo se siente todavía enfermo, lo está. Este es un decir que no nace en el plano del lenguaje ni viene de él, sino de la corporalidad. No es un decir ideógeno. La ideogenia puede venir en un segundo momento. La parálisis le ha aparecido sin saber, y como todavía está enfermo, ahí permanece. Las relaciones entre síntoma y situación pueden ser muy variables y dependen, en realidad, de la intensidad del subfondo angustioso-depresivo que existe. Si éste no es muy grande, una maniobra terapéutica cualquiera acaba con la parálisis. Si lo es, se observa una cierta resistencia a su desaparición. Pero aquel estado angustioso histérico existe, y su existencia se comprueba si se sabe observar e interrogar a los enfermos. Cuando se está más cerca del final de la fase angustiosa depresiva, más fácil es obtener una curación espectacular.

Muchas veces todo eso produce una «ganancia de enfermedad» y el enfermo se adhiere a la ventaja del estar enfermo y persiste en esos síntomas o cae rápidamente en ellos a la menor contrariedad. Por otra parte, es también claro que el enlace entre síntomas vegetativos y alteración psíquica es más hondo y más firme en las neurosis vegetativas que en las histéricas. Pero en la propia alteración vegetativa hay una desviación frente a la fórmula vegetativa normal de las emociones. Es como si hubiese una tendencia a la desintegración. Un bloque vegetativo es el que permanece y se constituye en fachada sintomática. Y aun la fórmula del mismo no puede tomarse como una fórmula vegetativa normal, sino como desplazada y caricaturizada. No es la melodía vegetativa normal, la que se convierte en síntoma, sino una melodía atonal, abigarrada, que ofrece una estructura distinta.

Sobre si en el caso de las neurosis histéricas hay auténtica «conversión»,

habría también mucho que analizar y distinguir. No es un estado emotivo cuya tensión se va por cauces normales, sino un estado de ánimo que se revela ante el propio enfermo como una situación-límite, y ese carácter de situación-límite es el que se expresa. Yo diría que las relaciones que se establecen son parecidas a lo que ocurre en el depresivo, en el que aparece la idea de suicidio como una imagen oscura que ronda por su interior sin traducirse en acción, o el «acting out» del suicidio, es decir, su realización.

Es muy importante, a mi modo de ver, tener en cuenta ese subfondo angustioso del histérico. Es una angustia inaparente, y al clínico, habitualmente, le pasa inadvertida. Incluso al propio enfermo no se le revela el carácter angustioso de sus vivencias. Más bien cree que se encuentra ligeramente deprimido o «cansado», dice, porque está enfermo. «Como estoy enfermo, no tengo ganas de hacer nada». Pero ese subfondo sigue actuando y carbonando. Kretschmer habla del «carboneo del histérico» en una situación en la que existen espectadores. Hay otro carboneo que procede de dentro. El enfermo no se encuentra bien, aunque no sepa definir ese vago estado interior. Lo que el lenguaje no define, lo definen sus síntomas.

Finalmente, no hay que negar que existen formas de transición entre ambos grupos de neurosis, las histéricas y las vegetativas y órganoneurosis. Algunos síntomas, además, pertenecen a ambas series, por ejemplo, los vómitos. El vómito es un síntoma vegetativo que expresa un estado de ánimo que calificamos de «náusea». La náusea, a su vez, aun siendo existencial en el fondo, puede adherirse a una situación exterior de la vida cotidiana. No es la existencia la que da náusea, sino que su existencia —la del enfermo—, ligada a esa situación —el novio impuesto, p. ej.—, resulta nauseosa. El vómito tiene aquí valor simbólico. Lo mismo puede ocurrir en sus palpitaciones o sus diarreas. El simbolismo se halla en que el síntoma vegetativo es una «pars pro toto» de la situación (Bilz).

Breuer, discutiendo el punto de vista de Janet, dice que se siente inclinado a pensar que este autor estableció sus concepciones principales estudiando todos los histéricos débiles mentales que se recogen en los hospitales y en los asilos porque su enfermedad y la deficiencia mental les impide adaptarse a la existencia. En cambio, él piensa que sus histéricos pertenecen a otro tipo de personalidad y que más bien, en un gran número de casos, la disociación se funda sobre un exceso de actividad psíquica y sobre una habitual coexistencia de dos series de representaciones heterogéneas. «Con frecuencia —dice— se ha subrayado el hecho de que no podamos obrar en un momento determinado de la manera mecánica habitual cuando una serie de representaciones atraviesan nuestro pensamiento consciente». En el caso de Ana O. piensa que es esta tendencia a la actividad y al ensueño la que predispone a la disociación. «La experiencia nos enseña que las tareas que incumben al cuidado de los enfermos y la emoción sexual juegan, en la mayor parte de los enfermos, un papel primordial, como lo demuestra un estudio profundo de esos casos». Este desdoblamiento de las facultades, habitual o provocado por situaciones capaces de suscitar la emoción, predispone a la disociación patológica del psiquismo. Esto acaece cuando el

contenido de los dos grupos de representaciones coexistentes es disemejante, cuando uno de los grupos contiene pensamientos susceptibles de volver conscientes los pensamientos rechazados y aquellos que emanan de los estados hipnoides. En tales casos la confluencia de las dos corrientes temporalmente separadas y que en sujetos normales acaba por realizarse aquí es imposible, y es, en la parte disociada, donde va a realizarse de una manera permanente una actividad psíquica inconsciente. Esta disociación histérica es, con relación al «yo» del ser normal, lo que la hipnosis es con relación a la ensoñación ordinaria. La amnesia es la que determina aquí el carácter patológico y la imposibilidad para ciertas representaciones de volverse conscientes. En el caso de Ana O. se confirman claramente estos mecanismos. Era una muchacha que, aun en plena salud, había tomado la costumbre de entregarse a su fantasía. En un momento favorable a la autohipnosis «una emoción angustiosa se insinúa en la ensoñación y crea un estado hipnoide sometido a la amnesia». El hecho se reproduce en diversas circunstancias y su contenido representativo se enriquece una vez más. He aquí, pues, señalado de una manera clara el hecho de que, aún partiendo de una personalidad predispuesta es la angustia, sea cualquiera su origen, la que ha creado el estado hipnoide sometido a la amnesia.

Reconoce Breuer que la disociación del psiquismo puede también estar provocada, como dice Freud, por una defensa del consciente que busca o que trata de evitar las representaciones penosas pero más adelante agrega que con estos mecanismos no está todo claro en la génesis de la histeria. Existen en muchos enfermos una fases agudas mal descritas, con manifestaciones psicóticas muy limpias, como si fueran estados de excitación maníaca.

Freud llamó la atención sobre un hecho curioso: la manera que tiene el histérico de relatar sus síntomas cuando se hace su historia clínica. Los enfermos, dice, son incapaces de hacer una recapitulación de su propia historia, y si dan datos coherentes es sobre cualquier otra fase de su vida que no sea la específicamente patológica. De vez en cuando hay períodos para los que apenas puede suministrar más que algunos datos superficiales llenos de algunos enigmas. Esta incapacidad de los enfermos para exponer su historia clínica es tan característica para Freud que él refiere un caso en el que la capacidad que tenía la enferma para hacer una buena historia clínica le puso sobre la pista de que no se trataba de un caso de histeria y, efectivamente, la exploración posterior le descubrió que era un caso de tabes en plena evolución. Las amnesias del histérico tienen causas diversas; por una parte el enfermo en los primeros encuentros con el médico, unas veces por pudor y otras por timidez, se calla algunos datos. En este caso se trata de un silencio consciente. En otras ocasiones el enfermo no recuerda los datos que se le requieren, aunque tenga el deseo o la intención de recordarlos; aquí aparecen actuando los mecanismos inconscientes. Con frecuencia en este segundo caso hay lagunas de la memoria e ilusiones de la memoria o confabulaciones para tratar de colmar aquellas lagunas. De todas maneras, lo que más llama la atención es que el orden cronológico de

los recuerdos se muestra muy vulnerable, como si este orden hubiese sufrido por efecto de la represión. Con frecuencia las amnesias dan la impresión de falta de autenticidad y de hallarse al borde de la simulación. Sorprende la facilidad con que, mediante pequeñas maniobras sugestivas, vuelven al recuerdo datos que parecían definitivamente perdidos. Por todos estos caracteres, las amnesias histéricas difícilmente se confunden con las amnesias orgánicas, que muestran siempre un carácter más recortado y más penetrante.

La distinción de Freud entre histeria hipnoide, de retención y de defensa, debe ser más detenidamente analizada. El esquema posterior de la teoría de las neurosis que parecían prevalecer es el de la histeria de defensa. El enfermo no toleraba la presencia de su conciencia de la representación patogenética no era compatible con ella. La afirmación del carácter sexual y después libidinoso sobre el que se fundaba la incompatibilidad, vino después. Pero el segundo mecanismo, «el de la histeria de retención», ha tenido una cierta supervivencia. La emoción no descarga. La descarga supone que la corriente emotiva se despeña por los desfiladeros vegetativos. Al no poderlo hacer se convierte en patógena. La patogenia se traslada al correlato vegetativo de las emociones, como dice Alexander al explicar el fundamento de los trastornos psicosomáticos. En este esquema queda abierta la cuestión de por qué no se realiza la descarga, y en la búsqueda de este «por qué» se enlazan ambos esquemas, el de la histeria de defensa y el de la histeria de retención.

El esquema que quedó postergado es el de la histeria hipnoide. Existía, a primera vista, una incompatibilidad entre la aceptación de este esquema y la posibilidad de crear y desarrollar la teoría psicoanalítica. En efecto, la admisión de un estado hipnoide supone la admisión de un estado anómalo y transitorio como necesario para explicar la génesis de la neurosis. En cambio, si la importancia se lanza sobre el «contenido de las representaciones» entonces toda la patogenia ocurre en un plano psíquico. La evolución posterior de la teoría psicoanalítica escape indemne a esa verdad. Las representaciones vienen de otras representaciones. Su carácter patógeno está en su contenido. Su contenido es intolerable porque es sexual. La conciencia lo rechaza como la conciencia en estado hipnoide. Pero en el psicoanálisis no se trata de un estado de la conciencia, sino de una dialéctica de los instintos.

Lo cierto es que la existencia de estados especiales de la conciencia en los cuales se cuecen los síntomas resultaba evidente en las primeras descripciones de Freud. Luego desaparecen. Es algo análogo a lo que ocurre en las neurosis mismas. En las crisis y en las fases neuróticas aparece claramente la presencia de estados anormales. Hoy no podemos decir que son estados hipnoides. La palabra hipnoide alude a un carácter secundario que suele presentarse en los mismos, es decir, a un estado de conciencia caracterizado por una plasticidad especial y en el que la cristalización de síntomas es más fácil («sugestibilidad»). Sí, en cambio, podemos decir que se trata de especiales estados de ánimo, o sea, de desarrollos en el estrato de

los sentimientos vitales. Pero además de las crisis y de las fases neuróticas existen los desarrollos neuróticos. En ellos ya no se encuentra una inflexión más o menos duradera de un estado de ánimo, sino de una estructura de la personalidad en la que tal inflexión del estado de ánimo ha sido, por así decirlo, absorbida. Esta absorción supone una metabolización del estado de ánimo, como su metabasis. La angustia vital se ha transformado en angustia psíquica. Lo que es un estado ha cambiado en una actitud.

#### EL TRAUMA NEUROTICO

La importancia del trauma en la teoría de las neurosis es evidente, a pesar de que parece que haya ido perdiéndola en estos últimos años. El esquema primero que elaboró Freud era éste:

trauma → reacción de conversión (neurosis)  
catarsis → curación

El trauma producía una ruptura de equilibrio. La eliminación de sus secuelas permitía la regresión al estado anterior, es decir, la curación. Dos características señaló Freud para explicar la efectividad de ciertos traumas. Una, que fuesen de naturaleza sexual; la otra, la que acaeciesen en la edad infantil. Poco a poco el trauma único se diluyó en el «trauma persistente».

En realidad, toda la vida está sometida a traumas. El carácter sexual del trauma se fue perdiendo, y a través del puente de la libido se transformó en trauma afectivo. Con ello las historias clínicas perdieron en efectismo pero ganaron en realidad. No cabe duda de que las primeras historias psicoanalíticas resultaban impresionantes. El enfermo había visto una «escena primaria» y había elaborado aquel impacto emotivo en unos vómitos o en una parestia, al mismo tiempo que había sepultado en el inconsciente aquella emoción. Las investigaciones actuales tratan de demostrar la importancia de la privación afectiva durante la edad infantil. Karen Horney entre los neo-psicoanalistas, y otros muchos entre los ortodoxos, hicieron hincapié en la privación afectiva. Hoy día hablar de ellas es como hablar de las vitaminas. El niño necesita crecer en una atmósfera afectiva. Su enrarecimiento produce la neurosis, pero también su exceso, su aumento de densidad.

A pesar de esta mutación, el problema del trauma sigue en pie. Las neurosis son reacciones vivenciales anormales o reacciones conflictuales. ¿Qué clase de conflictos las producen? Aunque diluyamos el impacto traumático único en una sucesión traumatizante continuada, también resulta necesario esclarecer la dinámica interna de la situación traumatizante.

La existencia de un *trauma significativo* en la génesis de las neurosis se cambia en la de una serie de situaciones traumatizantes, que desvía o deforma el desarrollo de la personalidad. Esta deformación de la personalidad permite aproximar las neurosis a las personalidades psicopáticas. Podría establecerse una serie gradual entre unas y otras. Lo cierto es que el factor constitucional, según la doctrina psicoanalítica, pierde importancia en la determinación de las personalidades psicopáticas.

La determinación evolutiva viene dada en las primeras fases de la infancia: que los traumas sean prevalentemente sexuales es comprensible si se considera que el único motor de la evolución es la libido, según el psicoanálisis, pero ésta es una cuestión que podemos ahora dejar de lado.

Lo cierto es que en la situación psicoanalítica se reconstituyen una amnesia que alcanza profundidades insospechadas.

A pesar de la neutralidad del psicoanalista, siempre se ha objetado que él dirige la anamnesis y que, sin darse cuenta, la conforma. Esto puede ocurrir y ocurre. El psicoanálisis puede convertir en significativos determinados episodios que no lo hayan sido en sí mismos. El enfermo a veces lo comenta diciendo: «Yo, que no le había dado importancia.» Sin embargo, no es éste el punto sobre el que quería ahora llamar la atención. Aun aceptando que el enfermo evoca libremente los recuerdos infantiles y que en análisis de los sueños y de las asociaciones libres no se hayan conformado por la presencia del analista, queda, en el transfondo una cuestión mucho más importante. *El enfermo ve su pasado iluminado por su situación presente.* Es un error creer que el pasado personal persiste como una historia objetiva. Claro es que ésta también existe. Yo puedo ver los cuadernos escolares de mi infancia, las fotografías o los trajes. Sin embargo, el pasado que realmente queda es el incorporado a la personalidad. Ahora bien, de la misma manera que el futuro es una perspectiva, también lo es el pasado. El pasado se ve con la perspectiva del presente. ¿Y qué es el presente? Una situación concreta.

*Toda situación humana es una situación de ánimo.* Según el tono de la situación de ánimo presente, «cualquier tiempo pasado fue mejor» o, por el contrario, el pasado gravita como la losa que amenaza con aplastarnos. Este pasado, incorporado, asimilado, visto con la perspectiva del presente, constituye la verdadera intrahistoria que puede contraponerse a la historia externa. También el historiador, unas veces, describe los sucesos con un prurito de objetividad, lo más exactamente posible, y otras trata sólo de revivir la atmósfera o de crear el clima en que aquellos sucesos se produjeron. Atmósfera, clima, etc., son expresiones que se utilizan frecuentemente para significar estados de ánimo.

El ejemplo de los depresivos nos servirá para esclarecer totalmente mi pensamiento. El depresivo, desde el fondo de su tristeza, sufre la inflación del pasado. Pero no de todo su pasado, sino de la parte de él a la que se siente ligado y de la que puede sentirse culpable. Aun la misma selección de los motivos de culpabilidad merecería un análisis independiente. Su pasado sufre un proceso de inflación en una dimensión y de reducción en otra. Es un ejemplo caricaturesco de lo que es un pasado morbosamente subjetivizado, pero hay dos notas más que agregar a esta deformación de perspectiva.

La depresión tiene un carácter fásico. Muchas veces vemos a un enfermo con una o más depresiones y con un período intercalar en el cual alcanza un tono de vida normal. Si su situación presente es depresiva, la experiencia anterior parece unirse con la presente y la fase intermedia de

tono vital normal desaparece de la perspectiva anamnésica. El hecho es tan sorprendente que, aun siendo distintos, los contenidos de dos fases depresivas consecutivas —y el médico que ha asistido a ambas puede tener constancia de ello— en la propia perspectiva del enfermo se funde. El mismo período intervalar aparece para él poblado de los mismos contenidos. Como decía antes, la inflación del pasado acaece sólo en una dimensión; en el resto de los recuerdos se opera una reducción. Hay una prevalencia de lo que podríamos llamar *perspectiva anafórica*.

La otra nota esencial es la modificación de la dinámica interna. Todo pasado empalidece, pero ese pasado anafórico vuelve a revivir. La reviviscencia no se logra merced a un aumento de su plasticidad imaginativa, sino que se nutre del estado de ánimo presente. Quizá podríamos decir mejor que el estado de ánimo presente se nutre de esas imágenes que selecciona el pasado y las abulta.

La adhesión de la imagen al pasado puede hacerse a través de experiencias banales de la vida presente. Una enferma, por ejemplo, dice: «¿Por qué cuando oigo el ruido de un avión tengo que acordarme de mi madre? ¿Por qué cuando oigo cerrar la puerta de un coche tengo que acordarme de mi primo? ¿Por qué al cerrar la manivela de la puerta tengo que acordarme de mi marido?» Estando todavía en plena depresión, su marido vino a verla a la clínica y se sentó en una silla. Después, al sentarse ella en esa silla, creía estar envuelta por las huellas de su marido y que esas huellas le podrían hacer daño (sus relaciones personales con el marido eran no muy buenas). La expresión del pasado se evoca en una situación presente a través de unos fragmentos intermedios entre ambas experiencias, constituidos por cualquier acto de la vida presente, como en el conocido episodio de comer la magdalena, de Proust. La presencia de una cosa evocaría otra, como si se estableciera un «reflejo condicionado».

Es evidente que la vida del neurótico está plagada de «reflejos condicionados». La expresión tiene mucho vigor psicológico pero como muy bien ha demostrado Erwin Strauss, es inexacta. Mejor diríamos que la vida del neurótico está plagada de situaciones condicionadas. Veamos un ejemplo:

Un hombre de treinta y tres años, atlético y algo tosco, dedicado a la agricultura, consulta por «molestias en la cabeza» y «gran tristeza, que se le aumenta cuando está entre gente». Su tristeza llega hasta tal punto de que ha tenido a veces la idea del suicidio. Por las mañanas se nota nauseoso, con sensación de vacío y aburrimiento. La cabeza, atontada. A medida que avanza el día se encuentra mejor. A veces, opresión en pecho y vientre. Frío en los pies y en las manos. Lloro por cualquier cosa a lágrima viva. En los últimos tiempos no ha podido permanecer sólo en el campo, ya que cuando se ha visto solo ha echado a correr en busca de compañía. Todos estos trastornos empezaron hace siete meses, por un gran disgusto que le ocasionó la ruptura con su novia, dice él: «¿Cree que todas las molestias se le quitarían si volviese a tener relaciones con su antigua novia?» «No puede ser, porque ya se ha casado.» «Suponiendo que no se hubiese casado, ¿cómo se sentiría usted?» «Yo creo que no se me quitarían, estoy muy acobardado.

No puedo estar solo, ni con mucha gente, con bullicio, sólo me encuentro bien cuando estoy contando mis penas a algún amigo. No espero nada de la vida. Mi porvenir es muy negro y mi pasado está lleno de reproches.»

Precisamos los hechos: resulta que la ruptura con su novia fue diez años antes del comienzo de su enfermedad. No se había vuelto a acordar de este asunto hasta que hace siete meses —coincidiendo con el comienzo de su enfermedad— le reapareció la idea de que entonces se había quebrado su vida y se había roto su felicidad. Una interpretación psicodinámica de la historia trataría de demostrar que el suceso traumatizante ocurrió hace diez años y que había permanecido latente todo ese tiempo. Contra esa supuesta interpretación se levantan muchos argumentos. Mi interpretación de estos casos se hace siguiendo, precisamente, el camino inverso de la interpretación freudiana. El suceso determinante adquiere valor de «trauma» desde la perspectiva actual. Es precisamente la inflación del pasado que acompaña a todo síndrome neurótico la que hace remontar recuerdos que aparecen con una carga de angustia que la reciben de la situación presente. La vivencia, pues, se halla enlazada en la historia del sujeto no a través del subfondo vital (inconsciente vital). La situación de ánimo actual depresiva y triste proyecta una luz sombría sobre el pasado y evoca cualquier otro suceso triste; quizá alguno que le haya impresionado de una manera especial por la similaridad del estado de ánimo y le envía cargas de angustia que aparecen con valor retrospectivo.

#### LA SIGNIFICACION EXISTENCIAL DEL TRAUMA

Pero la tarea esencial en la anátesis psicoterapéutica consiste en averiguar cuál es la vivencia primera, la determinante y por qué razón lo fue. ¿Tiene alguna especificidad para aquel ser esa vivencia? ¿Nos dice algo sobre su ser auténtico, sobre su núcleo originario? Evidentemente que sí, la vivencia traumatizante, si se le quiere llamar así, ha sido la que le ha revelado por primera vez en su vida la experiencia de la fragilidad del ser. Dicho en otras palabras: revela la existencia de fisuras en el «yo» que antes pasaban desapercibidas. Veamos otro ejemplo:

El cuadro se inició así: el enfermo se encontró bien hasta que un día, al volver a su casa a las diez de la noche, le dijeron que el barman que vivía allí había sido asesinado. Se puso lívido. Cenó ligeramente y le entraron muchas ganas de dormir. Al levantarse parecía estar bien, pero seguía con ganas de dormir. A la semana le ocurrió la primera crisis. La vivencia clave desencadenante tenía los siguientes caracteres: al barman le había visto por la mañana, alegre, y le veía así todos los días. Ruptura de la vivencia de la continuidad de la vida, de su fragilidad. (De repente sabe que ha sido asesinado, un hombre joven). Vivencia también de la doble vida (el barman, que parecía alegre y simpático, llevaba una doble vida oculta, que fue la que determinó el crimen por venganza personal). El enfermo dice que tiene miedo no a la muerte en sí, sino a no saber lo que va a venir después, miedo al más allá, miedo a la corrupción del cuerpo. Fue siempre hipo-

condriaco, miedoso a las enfermedades y a la muerte, pero nunca lo había vivido por dentro como experiencia propia, como parte de una situación traumatizante. Su estado de ánimo está dominado por la tristeza y por la náusea. Fue analizado durante varios meses por un psicoanalista competente, sin que se encontrase ninguna vivencia más importante en épocas anteriores de su vida, ni se modificara el cuadro.

Es conocido el ejemplo de Bingswanger en el que una niña de cinco años dejó prendido el tacón de su zapato en el esquí.

Bingswanger comenta que el mundo de la enfermedad se haya dominado por la categoría de la continuidad, de la dependencia y de la relación continua, lo cual significa un enorme estrechamiento, simplificación y empobrecimiento de la sustancia del mundo. Todo está dominado por esta categoría: de ahí la angustia ante cualquier ruptura de la continuidad. Esta imagen del mundo nos hace comprender por qué resultan sobrevaloradas las fantasías de la separación de la madre, puesto que ella simboliza la instancia más honda, que consiste en la ruptura de la continuidad. La supervaloración refleja un determinado proyecto que está basado en la categoría de la relación y de la dependencia. Este proceso no es conocido en esta forma por el sujeto. No se trata de algo psicológico, sino de algo que hace posible lo psicológico. La existencia en este caso tiene que permanecer como está. Lo nuevo significa el pánico, la catástrofe, el ataque de angustia. En lugar de la maduración existencial, el peso se lanza del lado del pasado. El mundo ha de permanecer inerte, nada puede cambiarse. En este modo especial de temporalidad, en esta inercia, la subitaneidad adquiere una enorme importancia porque rompe y fragmenta la continuidad y arroja la existencia hacia el horror y el estremecimiento. A esto llama la psicopatología «crisis de angustia».

¿De dónde nace esa «significación» de los traumas? Tomemos un ejemplo de von Gebattel: una personalidad extrovertida y triunfadora tiene un accidente de automóvil en el que no llega a sufrir una verdadera conmoción, sino sólo un ligero enturbiamiento del sensorio, «se le hizo negro ante los ojos». Tras el accidente apareció una fobia a la oscuridad que fue sometida a tratamiento psicocatórtico. Lo curioso es que durante la crisis de angustia no aparecía la menor huella o residuo de una «reacción de espanto» como secuela del accidente. Las últimas impresiones que tuvo antes de borrarle la vista fueron unas cañerías de agua que estaban en el lugar del accidente. Estos tubos fueron percibidos, no apercebidos, pero en la hipnosis reaparecerían como una especie de túnel en cuya oscuridad se sentía arrojado el enfermo. La significación del «oscurecimiento de la vista» se reveló como un encuentro inmediato con la muerte. Si se analiza la estructura de los traumas significativos se verá cómo siempre son existenciales. En este sentido las neurosis son crisis existenciales. ¿Qué queremos decir con esta expresión crisis existenciales? Precisamente lo contrario de lo que dice en boca de muchos autores. No son crisis de la existencia cotidiana, sino de la auténtica. Un acontecimiento vulgar es significativo cuando se convierte en existencial. Y esto no ocurre más que por el canal de la angustia neurótica. Rousseau decía: «Les maux

réels ont sur moi peu de prise. Je prends aisement mon parti sur ceux que j'éprouve, mais non sur ceux que je crains».

\* \* \*

En resumen, la histeria es un modo de expresión de un estado de ánimo que adquiere una significación especial para el enfermo y que se traduce por una somatización. La somatización puede hacerse por la vía del sistema nervioso, de la vida de relación (parálisis, anestésias, cegueras, etc.), o por el medio de reacciones viscerales (histeria del órgano o neurosis), histeria visceral o trastornos psicosomáticos. La aparición de estos síntomas puede ocurrir y ocurre con mayor frecuencia en ciertos tipos de personalidades:

A) En débiles mentales que atraviesan una fase de depresión prácticamente subliminar o que se encuentra en una situación conflictiva insoluble para ellos. En estos casos hay que tener en cuenta que la persistencia de los síndromes histéricos; la «ganancia de enfermedad», etc., es muy frecuente.

B) En personalidades inmaduras predispuestas a las crisis de ansiedad.

C) En las propiamente llamadas personalidades histéricas.

D) En personalidades que podríamos calificar de «normales» o que no pertenecen a ninguna de las anteriormente enunciadas, que se encuentran en situaciones extremas o en las que los fenómenos de la comunicación humana operan de una manera determinada (histeria de masas, etc.). Como decía Hoche «todo ser humano es capaz de sufrir de histeria». Las perturbaciones en la normal *comunicación afectiva*, constituye un elemento importante en la dinámica de la aparición de los síntomas histéricos.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que el trauma significativo es siempre un trauma existencial y que incluso cuando el trauma es de naturaleza sexual, se debe a este carácter existencial que la sexualidad toma en muchas personas. Por eso decía Jung, que para Freud la libido tenía un carácter numinoso.

Todos estos mecanismos muy detenidamente estudiados en la histeria clásica, merecen ser tenidos en cuenta en cualquier clase de enfermedades, porque aún en las enfermedades somáticas hay un problema de actitud ante la enfermedad y muchas veces tal actitud ante la enfermedad se halla teñida por la misma dinámica personal a que hacen referencia las páginas anteriores.

#### COLOQUIO

Dr. Rodrigo Gutiérrez Córcoles.

#### PREGUNTA

Junto a la histeria de conversión se estudia el «carácter» o «personalidad» histéricas. Para usted ¿se trata de una psicopatía en el sentido de «personalidad psicopática necesitada de estimación» de Schneider, o de un desarrollo?

### RESPUESTA

El problema de la personalidad histérica debería incluirse entre las personalidades psicopáticas, es decir como variantes en el modo de ser de la personalidad. De todos los rasgos característicos de esta personalidad, Schneider subraya, como Vd. dice muy bien, la necesidad de valor o estimación que alguna vez he propuesto expresar con la palabra griega «filotimia». Sin embargo, aunque este carácter sea relevante, no es absolutamente definitivo o no debe considerarse como una definición completa de este tipo de personalidad, puesto que en el fondo de la personalidad histérica, pueden actuar motivaciones diversas y la propia estructura caracterológica mostrar otras desviaciones que no sean las de la necesidad de estimación.

Dr. Montejo.

### PREGUNTA

Histerismo de masas.

### RESPUESTA

El histerismo de masas se presenta de vez en cuando. Como todo fenómeno de masas, tiene unas leyes especiales que corresponden a momentos determinados en el desarrollo de las estructuras sociales. En relación con esto, convendría subrayar que aunque ahora se vuelvan a presentar de nuevo con mayor frecuencia los cuadros histéricos, sin embargo el determinismo social de este incremento puede ser muy distinto al de otras épocas. No cabe ninguna duda que el «milenarismo» tiene características especiales. En la sociedad actual del consumo o del bienestar, hay otras razones por las que pueda determinarse un incremento en la aparición de los fenómenos histéricos.

Dr. Maximino Obeja Rosas.—Belmonte de Tajo.

### PREGUNTA

- 1.º ¿Qué hay en la actualidad del tan debatido cuadro de la histeroepilepsia?
- 2.º Confusión de ciertos cuadros de histeria con los síntomas de iniciación de la esquizofrenia.

### RESPUESTA

1.º La histero-epilepsia, es decir la presencia en un mismo enfermo de ataques epilépticos y de ataques histéricos, existe, aunque probablemente no con la frecuencia con que se ha diagnosticado en otras épocas.

2.º La histeria es muy polimorfa en su presentación. Su confusión con los síntomas de iniciación de la esquizofrenia, depende de cuáles son los que se estimen más válidos para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. Si se atiende el psiquiatra a los signos que Kurt Schneider llama de primer orden, entonces la confusión con los cuadros histéricos es mucho más difícil.

Prof. J. J. LOPEZ IBOR

Peguerinos, 27

MADRID-20

r-  
r-  
ei-  
on  
in  
o-  
de  
en  
ar

ó-  
os  
on  
e-  
s-  
lo  
n  
as  
os

es-

de  
te

on  
ae  
Si  
r-  
il.

