

SEPARATA

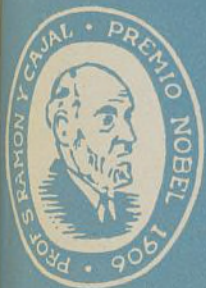
DE

Archivos

DE LA
FACULTAD
DE
MEDICINA
DE
MADRID

EL MITO DE LA HISTERIA

Por el Prof. J. López Ibor



Arch. Fac. Med. Madrid



Ayuntamiento de Madrid

vol. V n.º 1 enero 1966

EL MITO DE LA HISTERIA (1)

Por el Prof. J. LÓPEZ IBOR

La casualidad hizo que, hace aproximadamente cien años, el pabellón Santa Laura de la Salpêtriére estuviese tan amenazado de ruina que la Administración decidió evacuarlo. En este pabellón se encontraban hospitalizados, en confusa mezcla, los alienados con los epilépticos y los histéricos. La Administración aprovechó esa oportunidad para dejar las alienados aparte y albergar juntos a epilépticos e histéricos. Este último Servicio fue confiado a *Charcot*. Los resultados de tal promiscuidad se hicieron sentir. Los ataques de los epilépticos no se modificaron. No ocurrió así con los de los histéricos, que con frecuencia se dedicaban a prestar auxilio a los epilépticos en las caídas consecutivas a sus ataques. Tal convivencia contribuyó a configurar las crisis histéricas en las famosas cuatro fases descritas por *Charcot* y dibujadas por *Richer*: la fase «tónica», la fase «clónica», la de las «alucinaciones», unas veces terroríficas y otras agradables y placenteras, y la de las «actitudes pasionales».

Esa teatralidad de los ataques histéricos no impidió a *Charcot* reconocer en la histeria una enfermedad y en el histérico a un enfermo; pero esa misma plasticidad, inscrita en su sintomatología, ha sellado las diversas ideas que se han tenido de esta enfermedad desde entonces hasta ahora. Frente a la inmovilidad, casi geológica, de las enfermedades corporales se alineaba otra —la histeria— con una sintomatología tan cambiante, veleidosa y sujeta a las influencias del medio ambiente que, a la fuerza, ha tenido que plantear problemas distintos. El empeño de *Charcot* fue, sobre

(1) «Kraepelin-Vorlesung» pronunciada en la Clínica Psiquiátrica de Múnich - febrero 1963.

todo, descriptivo, Charcot era un visual. Y en esa misma dirección se movieron muchas descripciones de la histeria, tales como las clásicas de O. Binswanger, Lewandowsky y Oppenheim.

* * *

A la par de esta línea descriptiva surgió la necesidad de interpretar aquellos fenómenos. En Freud aparece la idea de la «reacción de conversión». Los conflictos psíquicos se convierten en somáticos. *Los síntomas de la histeria son un lenguaje corporal* de algo que es, originariamente, un conflicto psíquico. A partir de este punto se ha llegado de tal manera a acentuar el carácter del lenguaje de la sintomatología histérica que, poco a poco, se ha ido borrando el suyo propio de enfermedad. Szasz, en un libro reciente, habla del «Mito de las enfermedades mentales». El título desborda su propósito, puesto que, sobre todo, se consagra a describir «el mito de la histeria». Antes de Charcot, dice, sólo se consideraba enfermos a los enfermos somáticos. Freud compara la decisión de Charcot a propósito de los histéricos declarándolos enfermos, a la famosa de Pinel con los alienados, liberando a aquéllos no tanto de unas cadenas físicas como sociales. Así se ha consagrado, según Szasz, el gran error de la psiquiatría moderna. Un tipo asocial, el «malingero», el simulador, es elevado a la categoría de enfermo. Las personas inútiles («disabled») por fenómenos que se parecen a los síntomas corporales se clasifican como enfermos. El médico tiene el poder de decidir si el paciente sigue las reglas del juego («is playing the medical game»). ¿Desde qué punto de vista, agrega, es un error clasificar como enfermedad lo que no es enfermedad? Claramente —dice—, desde el punto de vista de la ciencia y de la honestidad intelectual. Es un error creer que la bondad de los fines —tales como la rehabilitación de los criminales o de los histéricos— justifica los medios. El poder y el prestigio de los psiquiatras ha aumentado, absorbiendo, cada vez más, nuevos sectores sociales en su disciplina. La agorafobia es una enfermedad porque no se debe tener miedo a los espacios abiertos. La homosexualidad es una enfermedad, porque la heterosexualidad es la norma social. El divorcio es una enfermedad, porque señala el fracaso del matrimonio. El crimen, la malaventurada dirección política, la participación o la abstención en los asuntos sociales, todo es enfermedad. la reacción de Szasz a la dilatación extrema del ámbito de la enfermedad consiste en afirmar que sólo las enfermedades netamente corporales son las verdaderas enfermedades; lo demás son alteraciones que no pertenecen a la psiquiatría como especialidad médica, sino a una ciencia de las relaciones humanas. «La psiquiatría tiene más que ver con la religión o con la política, que con la ciencia.»

Es cierto que estos puntos de vista son extremos, pero también lo es que sitúan, en un primer plano, un grave problema de la psiquiatría actual. El psicoanálisis interpreta las neurosis como puros conflictos psíquicos. Algunas escuelas psiquiátricas, psicoanalíticas o no, admiten que entre las

neurosis y psicosis no hay diferencia esencial de estructuras o de cualidad, sino sólo de cantidad. Por este camino puede llegarse a la fórmula de Szasz. La historia es un mito. La historia es el arquetipo de las enfermedades mentales; luego las enfermedades mentales son un mito.

La gravedad del problema se comprende cuando se da uno cuenta de que la misma cuestión se halla en la distinción clínica, de base fenomenológica, entre enfermedad y anomalía psíquica. La discriminación de la anomalía psíquica en sí no pertenece al médico como tal (K. Schneider), puesto que no se trata de una enfermedad. Si se ocupa de ellas es porque su experiencia en las enfermedades mentales puede servir de mejor base para su conocimiento.

* * *

Allí donde el genio de Kraepelin brilló con mayor esplendor fue en el estudio de las psicosis endógenas, «los oráculos delficos de la psiquiatría», como dice Kollé. Cuando recibí la invitación del Prof. Kollé para pronunciar la Kraepelin-Vorlesung, pensé que lo pertinente era elegir un tema netamente inserto en la tradición kraepeliana. Sin embargo, opté por este otro de «El mito de la historia», no tanto por señalar las contribuciones considerables que Kraepelin hizo al mismo, sino por hacer resaltar los peligros del abandono de la tradición kraepeliana. El gran mérito de Kraepelin fue el haber descrito como enfermedades los trastornos que no tenían anatomía patológica. Y siguen sin tenerla; pero a pesar de ello no se duda en incluirlos en el capítulo de las enfermedades somáticas. Si se abandona este criterio, la psiquiatría se halla amenazada en sus mismas bases. Precisamente, por la grave significación de este problema, quisiera demostrar, a propósito de la historia, que ésta no es un mito, sino una auténtica enfermedad. La psiquiatría se ocupa de los «alienados», pero ella misma está en peligro de «alienarse» si sigue ciegamente estos caminos —de los cuales el punto de vista de Szasz es sólo un ejemplo— y se olvida de la gran lección de Kraepelin.

* * *

La teoría psicoanalítica de la historia se basa en la acción del «trauma psíquico». Una emoción violenta produce los síntomas de la enfermedad por caminos diversos. Tres son estos caminos posibles según las mismas descripciones de Freud:

a) El primero fue puesto de manifiesto por Breuer en el caso de Anna O. La acción del trauma se debe a la presencia de unos estados especiales de conciencia, de carácter oniroide (traumartige), en los que el campo de la conciencia se estrecha y se limita la capacidad que tiene el enfermo para asociar una vivencia con otra. A estos estados llamó Breuer «estados hipnoides», por su analogía con los estados de hipnosis, que le sirvieron para descubrir el método catártico. En hipnosis el enfermo revivía la experiencia traumatizante y los síntomas desaparecían (*historia hipnoide*).

b) El segundo tipo es el que llamó *histeria de defensa*. La vivencia traumatizante no puede ser absorbida. Como el Yo no puede eliminar esa idea insoportable, trata de minimizarla, de disminuirla, como de vacunarse contra ella. Para ello canaliza la energía de la vivencia traumatizante hacia otras ideas. Así se constituyen las fobias y las obsesiones.

c) En tercer lugar se halla la *histeria de retención*. También la vivencia traumatizante resulta insoportable y entonces su energía se canaliza hacia el plano corporal. A esta mutación energética se designa con el nombre de «reacción de conversión».

El punto de vista sobre el cual yo quisiera llamar la atención es el siguiente: en la evolución posterior de la doctrina psicoanalítica desaparece todo rastro de la «histeria hipnoide». El esquema de la neurosis de monta sobre la mutación energética que supone la «reacción de conversión» y la constitución de defensas frente a la vivencia traumatizante. Hubo aquí una escotomización de un fragmento esencial en el proceso genético de toda neurosis: *el estado del sujeto en el momento de recibir el impacto traumático*. Tan fundamental es que, como veremos después, descubre la existencia de un factor endógeno y básico en la misma trama genética de la histeria, en particular, y de la neurosis, en general.

Pero antes de abordar este tema preguntémonos hasta qué punto la reacción de conversión es capaz de desvelar el misterio que envuelve las correlaciones psicósomáticas.

El perímetro de lo que debe entenderse por «reacción de conversión» ha experimentado y sigue experimentando oscilaciones diversas. Por una parte, se ha propuesto limitar el área de la reacción de conversión a aquellos síntomas sensomotores que se ligan de una manera *simbólica* con el trauma causal; por ejemplo, la reducción del campo visual o la amaurosis del enfermo que no quiere ver una situación desagradable o el temblor del soldado que trata de evadirse del frente o la parálisis del obrero que trata de resolverse su vida por otro medio que el del trabajo. Por otra parte, se trata de incluir de nuevo, en contra de la opinión de F. Alexander, el complejo víscero-vegetativo en el conjunto de la reacción de conversión (F. Deutsch y otros).

¿Hasta qué punto nos explica la reacción de conversión el enigmático tránsito entre lo psíquico y lo somático? El fundamento principal, para aceptar como clave explicativa la reacción de conversión radica, precisamente, en la posibilidad de recorrer el camino inverso, o sea, de regresar. Mediante la *catarsis*. A un síntoma somático aparentemente sin sentido se le devuelve el sentido y el síntoma desaparece. Esta necesidad de buscar el sentido del síntoma domina la patología psicósomática y muchas nuevas corrientes de la Medicina antropológica. Si el síntoma histérico tiene un sentido, lo tiene el síntoma neurótico y aún el psicótico. De ahí a afirmar que la enfermedad tiene un sentido no hay más que un paso, pero tal paso conduce, irremisiblemente, a una metafísica de la enfermedad, en la que las bases reales se pierden. Ya hemos visto las consecuencias en las anterior-

res afirmaciones de Szasz, aunque limitadas a la patología mental. Como «slogan» de esta «metapatología» podríamos elegir el de Müller-Eckardt cuando habla de las enfermedades somáticas que aparecen en sustitución de los conflictos psíquicos: «la enfermedad por no poder estar enfermos». Si tal línea de despliegue interpretativo lleva a afirmaciones tan aventuradas, ¿no habrá un error en las interpretaciones iniciales?

En primer término anotemos que la catarsis se demostró muy insuficiente en la terapéutica de las neurosis. De ahí el papel que adquirió la transferencia. En muchas ocasiones el descubrimiento y elucidación del trauma inicial no basta para la curación. Por esta razón se pasó a conceder un papel genético a los traumas anteriores acaecidos en la edad infantil. Toda vida es un gran experimento traumatizante. En este problema existe un cierto vaivén, puesto que muchos de los trabajos psicoanalíticos actuales tienden de nuevo a revalorizar «el conflicto actual» en la génesis de las neurosis. Si el valor de la catarsis es tan limitado, sería necesario analizar en qué circunstancias lo sigue teniendo. Y se vería cómo hay momentos o fases en las que la función creadora de síntomas decrece y entonces es más fácil desmantelarlos. No es, pues, la catarsis misma, sino el momento en la que se aplica lo eficaz.

Dejando aparte esta cuestión de la limitación en la eficacia terapéutica de la catarsis examinemos lo que ocurre en la entraña misma de la reacción de convulsión. En ella podemos desglosar estos tres fragmentos: trauma, aparición de los síntomas somáticos y terapéutica de los mismos. Todo el mundo está de acuerdo en que no cualquier trauma es patógeno sólo lo son, se dice, los *traumas significativos*. ¿De dónde nace esta significación? Tomemos un ejemplo de V. 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 enturbamiento del sensorio, «se le hizo negro ante los ojos». Tras el accidente se desarrolló una fobia a la oscuridad, que fue sometida a tratamiento psicocatórtico. Lo curioso es que en 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 revivía cómo una especie de túnel, en cuya oscuridad se sentía arrojado el enfermo. El sentido de 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 anímicas*, como dice Kollé, o *crisis existenciales*, como dicen otros autores. ¿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.

R o u s s e a u decía «les maux réels ont sur moi peu de prise. Je prens aisement mon partie sus ceux que j'éprouve, mais non sur ceux que je crains».

¿Qué relación tiene la angustia neurótica con la habitualmente llamada angustia existencial? La angustia existencial es la angustia ante la nada. No se puede pretender que el neurótico formule el problema de su angustia como un problema metafísico, sino *físico*. La angustia del neurótico es una *angustia vital*. La palabra vital debe tomarse aquí en dos sentidos: por un lado califica la angustia como un sentimiento vital en el sentido de S c h e l l e r . La angustia neurótica no es un sentimiento psíquico, reactivo o dirigido, sino un sentimiento encarnado. Este carácter psicopatológico puramente descriptivo se enlaza con otro no menos importante: el del tono vital o *biotono* (E w a l d). Lo mismo que la tristeza del melancólico es una tristeza vital, endotímica, somatotropizada y fisiogénica, la angustia del neurótico es también vital, somatotropizada y fisiogénica; por eso decía antes que no es una angustia metafísica, sino física. Tal angustia la vive el neurótico de una manera concreta como miedo a la muerte o a la locura. El presentimiento de la muerte revela al angustiado la facticidad de la vida humana. El miedo a la locura es el miedo a la pérdida de la unidad y mismidad del yo.

En la crisis de angustia aparece el presentimiento de la quiebra, de la *unidad, de la mismidad y de la continuidad del yo*. Tal quiebra o disolución de hecho no ocurre, pero se vive su posibilidad. La posibilidad se encarna en realidad vivida. El impacto vivencial traumatizante no puede asimilarse, puesto que es revelador de la fragilidad inmanente de la vida humana. El hombre, en cuanto ser vivo, se resiste a la infiltración de la niebla de la nada y trata de acantonarla y sitiirla. De ahí ese rechazo de la vivencia traumatizante, su incapacidad de asimilarla. La vivencia permanece enhiesta y perturbadora en el torrente vivencial. F r e u d se pregunta por qué unos sujetos asimilan los impactos traumatizantes y otros no. No depende de la vivencia concreta en sí ni del sujeto, sino de la relación del sujeto con su experiencia. Lo que no se asimila es la vivencia, que es traspunto de la nada. Por eso aparece la «disociación», de la que hablaban B r e u e r y F r e u d o la «diaschisis», de la que habla v, G e b s a t t e l: «Will man hier, ven einen Trauma sprechen, so liegt das Trauma nicht in der Diaschisis, die dar Wiederfahrnis und seine existenzielle Bedeutung auseinandererhalt».

Frente, pues, a la vivencia significativa, que lo que significa es la amenaza de la nada, el sujeto se defiende mediante la disociación, es decir, ignorándola. Así aparecen los mecanismos de defensa, que para F r e u d son tan importantes que reduce la historia de defensa. La defensa es para F r e u d un mecanismo voluntario y activo, una especie de Gegen-Wille, de voluntad contraria; por ese carácter de defensa activa es por lo que aparece el fenómeno de la resistencia neurótica como expresión de una «mala conciencia». Se podría uno preguntar por qué en el análisis de esta estructura neurótica

inicial Freud (1) tendió, desde el primer momento, a ignorar el primer fragmento: la angustia inicial, y lanzó el acento sobre los dispositivos defensivos. Quizás algo hubiera en su propia contextura psíquica que le llevaran en esa dirección. Lo cierto es que todo el desarrollo posterior del psicoanálisis padece de este escotoma inicial.

Así pues, se dejó de a un lado lo que resulta esencial en la génesis de la histeria traumática: *la conjunción del trauma psíquico con un estado especial de ánimo, en el que la angustia cuaja en torno al acontecimiento traumatizante*. Tal estado es endógeno como endógenos son los estados de ánimo análogos que conoce la psiquiatría; me refiero a la melancolía endógena. En una crisis violenta de angustia puede haber una cierta pérdida de la amplitud y lucidez del campo de la conciencia. El angustiado está perplejo y ya se sabe cuánto limita la perplejidad. Pero ese enturbamiento —que no existe siempre— es algo que se agrega cuando una crisis es muy violenta.

Lo que concede, por consiguiente, la cualidad de traumatizante a una vivencia es su significación para la persona que la sufre. Y esa significación no se adquiere más que a través de la revelación de los caracteres propios de la existencia humana. Aparece el fantasma de la disolución del yo en forma de miedo a la muerte o a la locura. En ocasiones no se llega a concretar en fobia, sino que en plena crisis aparecen los mecanismos de defensa como para no ver el abismo que se abre a los pies. El sujeto, presa de esa indecible experiencia, siente desgarradoramente la fragilidad de su existencia. Su «ser para la muerte» se vive como «ser para la enfermedad». La angustia se somatiza no sólo por las vías vegetativas, sino por las sensoriomotoras. *En el ataque de angustia aparece la experiencia del «no poder más»; ese «no poder» es lo que expresa la crisis.*

Lo que podríamos llamar «momento cero» de la histeria aguda se halla constituido por una crisis de angustia vital, desencadenada por una vivencia traumática. La angustia vital, en su experiencia concreta, consiste, por una parte, en un sentimiento de amenaza de rotura de la unidad y mismidad y continuidad del yo; por otra, en unas disregulaciones corporales, puesto

(1) FREUD dice «me parece tan importante esta distinción, que ello me decide a mantener la existencia de la histeria hipnoide, a pesar de no haber encontrado en mi práctica médica ni un solo caso puro de esta clase. Cuantos casos he investigado han resultado ser de histeria de defensa. No pude en fin reprimir la sospecha de que la histeria hipnoide y la defensa coinciden en algunos casos, siendo la defensa el elemento primario. Igualmente inseguro es, por el momento, mi juicio sobre la histeria de retención en la cual tampoco tropezaría la labor terapéutica con resistencia alguna. Una vez se me presentó un caso que me pareció típico de la histeria de retención, haciéndome esperar un éxito terapéutico pronto y sencillo. La labor catártica se desarrolló, en efecto, sin dificultad ninguna, pero también sin el menor resultado positivo. Así pues, sospecho nuevamente... que también, en el fondo, en la histeria de retención hay algo de defensa que ha dado carácter histérico a todo el proceso». (Psicoterapia de la histeria. páginas 120 y 121.)

que se trata de una angustia corporalizada. En la crisis hay un vaivén entre el yo como centro de la actividad psíquica y esos disturbios del yo corporalizado. El yo trata de defenderse y de tomar actitudes junto a la crisis. Las defensas del yo pueden ser conscientes; por ejemplo, el agorafóbico, que no cruza una plaza por no sentir la crisis; pero en el hecho de que sea el espacio abierto el que la desencadena la crisis, no opera la conciencia clara del yo. Esa es la zona fronteriza entre una dinámica consciente y una inconsciente, pero no de un inconsciente histórico personal o colectivo, sino vital. La histeria se construye después por el enlace interpretativo entre las diversas crisis vitales. Hay una especie de anamnesis vital como una comunicación subterránea entre las diversas crisis de angustia.

En el no poder (*Ohnmacht*) del momento cero de la instalación de la histeria se llega al desmayo histérico como alteración de la conciencia y a los mecanismos de las reacciones de inmovilización cadavérica (*Totstellung reflex*) y de la tempestad de movimiento (*Bewegunstorm*), de las que luego hablaremos.

Los traumas sólo acaecen en momentos singulares de la existencia. La singularidad radica en una disminución del tono vital, de carácter endógeno y análogo, aunque no idéntico, al de la melancolía. El espectro de las oscilaciones y variaciones del tono vital es muy amplio. La aparición de las crisis histéricas en conjunción con depresiones de la vitalidad es lo que les concede, a mi modo de ver, *su carácter fásico*. Este es un hecho esencial y que la moderna descripción de la histeria —me refiero aquí, naturalmente, a lo que se llama histeria aguda y a la histeria de angustia, y no al carácter ni a la personalidad histérica— ha olvidado la existencia de *fases* en la misma. En cualquier historia clínica pueden verse. En los mismos casos «*princeps*» del psicoanálisis, tales como Ana O. y Emmy de N., se encuentra claramente dibujadas las *fases* en el curso de la enfermedad. A Freud mismo le llamó la atención la existencia de unas fases creadoras de síntomas al lado de otras estériles. En las primeras, o sea, en las creadoras de síntomas, la acción psicoterapéutica era nula en sus resultados.

He aquí sus palabras: «En los casos de histeria aguda, esto es, en el período de más intensa producción de síntomas histéricos y de dominio consecutivo del yo por los productos patológicos (psicosis histérica) no consigue el método catártico modificar visiblemente el estado del sujeto. El neurólogo se encuentra entonces en una situación análoga a la del internista ante una infección aguda. Los factores etiológicos han actuado con máxima intensidad en una época pretérita cerrada ya a toda acción terapéutica, y se hacen ahora manifiestos después del período de incubación. No hay posibilidad de interrumpir la dolencia, y el método tiene que limitarse a esperar que la misma termine su curso. Si durante un tal período agudo suprimimos los productos patológicos, esto es, los síntomas histéricos recién surgidos, veremos aparecer en seguida otros en sustitución suya. Hay desalentadora impresión de realizar una operación tan vana como la de las Danaides. El constante y penoso esfuerzo de todos los momentos del descontento

de los familiares del enfermo hacen difícilísimo al médico en estos casos agudos la aplicación del método catártico. Pero contra estas dificultades ha de tenerse en cuenta que también en tales casos puede ejercer una benéfica influencia la continuada supresión de los productos patológicos, auxiliando al yo del enfermo en su defensa y preservándole quizás de caer en la psicosis o en la demencia definitiva.» (1).

J a n e t ya hablaba de la disminución del nivel mental de la histeria o de tensión psicológica. Sus casos de doble personalidad los ponía en relación con la «locura circular». Y con razón. En la historia de Félida, uno de los casos más famosos de J a n e t, se vé clara la presencia de fases depresivas. Es una lástima que se haya perdido esta línea de la interpretación de la histeria, envuelta y ahogada en la manigua de las interpretaciones psicoanalíticas. En los primeros tiempos de utilización del electrochoque, algunos terapeutas los aplicaron demasiado indiscriminadamente. Me llamó la atención el resultado obtenido por ellos en crisis histéricas. Y pensé —como otros muchos— que tales resultados se debían al impacto psíquico del electrochoque, es decir, a los efectos terroríficos de la terapéutica. La experiencia me ha demostrado que no era así y que la eficacia del electrochoque se debe, precisamente, al fondo vital endotímico o timopático sobre el que asientan muchas crisis histéricas.

* * *

Por otra parte, también el otro segmento de la reacción de conversión es decir, la somatización ofrece una estructura peculiar. Se ha pretendido separar la reacción de conversión típica, o sea, sensomotora, de la expresión vegetativa y psicósomática de la emoción inicial. En este segundo caso no habría más que acentuación y fijación de un medio expresivo de toda emoción cuya forma estaría por tanto *prefijada*. Pues bien, también esto ocurre en la vertiente sensomotora. En el estudio que hizo F r e u d sobre el diagnóstico diferencial entre las parálisis orgánicas y las histéricas dice: «con J a n e t, afirmamos, que en las parálisis histéricas, como en las anestias la idea popular de los órganos y del cuerpo es la que las conforma. Esta concepción no se funda en ningún conocimiento de la anatomía nerviosa sino en nuestras percepciones táctiles y sobre todo, visuales. La lesión de la parálisis histérica es, pues, una alteración, por ejemplo, de la *concepción o idea del brazo*».

La realidad es que lo mismo que existen unas «pautas vegetativas» de la expresión emocional, también las hay de la conversión sensomotora, es decir, de la reacción de conversión histérica. Estas pautas no se hallan dibujadas por la idea o concepto vulgar del cuerpo o de sus funciones, sino de su propia significación. Lo que interviene en la reacción de conversión no es el «Körper», ni por tanto, el esquema corporal vulgar o popular, sino

(1) F R E U D. *Obras completas*. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948, págs. 1-8.

el «Leib» como vivencia o significación. Tenemos nuestro cuerpo y somos nuestro cuerpo. De esta conjunción del tener y el ser, nace el sentido o significación de la corporalidad. Por eso hay razones de la misma más próximas y otras más lejanas del psiquismo, como dice K o l l e. La lejanía o la proximidad se halla en lo que significan para uno mismo. La significación no nace de una idea, sino de la *vivencia del cuerpo*.

Elijamos un ejemplo de estas pautas de somatización de la histeria: la distribución de los síntomas en el lado derecho o izquierdo. Las parálisis flácidas, las anestias, etc. predominan siempre, en el lado izquierdo del cuerpo. En mi libro sobre «Neurosis de guerra», en el que recogí la experiencia de la guerra civil española, esboqué ya una interpretación de este hecho. A mi modo de ver, la pauta podría formularse así. En la sintomatología histérica hay los dos radicales biológicos descritos por K r e t s c h m e r. El reflejo de inmovilización cadavérica (Totstellungreflex) y la «tempestad de movimiento» (Bewegungsturm). Sobre estos radicales se montan el gran ataque y el estupor histérico, pero también los equivalentes como el temblor y la contracturas, los cuales pertenecen a la serie de «tempestad» de movimiento y las parálisis flácidas y las anestias ligadas a los reflejos de inmovilización. Pues bien, se podría formular la siguiente pauta general: *los síntomas equivalentes a la tempestad de movimiento se localizan en el lado derecho del cuerpo y los de la serie de inmovilidad en la mitad izquierda*. Ambos hemi-cuerpos no tienen la misma significación para el hombre. La mitad derecha es la activa, la izquierda es la pasiva. Los pensadores románticos hablaban de la mitad masculina y femenina del cuerpo. En algunas representaciones del andrógino en los libros de la alquimia medieval, se vé como la mitad derecha es el hombre y la izquierda la mujer. En los gemelos univitelinos el que corresponde a la mitad derecha del cuerpo es el conductor y conducido el que corresponde a la mitad izquierda del cuerpo (1).

Ambas reacciones poseen un evidente anclaje biológico. En su forma inicial son análogos en las dos manifestaciones de la dinámica vegetativa, la trofotropía o histrotropía y la ergotropía.

La asimetría corporal —derecha e izquierda— está en relación con el problema de la intencionalidad. B r e n t a n o, reavivando la tradición aristotélica, definió los fenómenos psíquicos como intencionales. Tal intencionalidad se halla como elemento constitutivo del cuerpo humano, según lo demuestran numerosas experiencias en el campo de la percepción sensorial y del esquema corporal.

En la constitución de la sintomatología histérica hay, por un lado, expresión de una tendencia a la evasión de la situación traumatizante. Esta tendencia a la evasión es la que se expresa preferentemente, por la somatización en el lado derecho del cuerpo. Otros síntomas significan *entrega*.

(1) Neurosis de Guerra. Ed. C. Médica. Barcelona, 1941.

Estos son los que se somatizan en el lado izquierdo del cuerpo. Esta pauta expresiva es tan esencial e independiente de las vicisitudes históricas que puede comprobarse tanto en los dibujos de Richter de las parálisis de la Salpêtrière, como en las distribuciones de las anestésias según los diagramas de Pitres o en los escasos enfermos que en nuestros días presentan reacciones de conversión típicas. Y si, a veces, la pauta se quiebra, es porque se halla también quebrada la prevalencia de la derecha sobre la izquierda en aquel enfermo (zurdos latentes).

* * *

Hemos examinado hasta ahora, la dinámica de los síntomas histéricos. Nos queda otro gran problema; la dinámica de la personalidad histórica a la cual sólo puedo aludir por la limitación del espacio disponible. Según el psicoanálisis la personalidad neurótica es algo que se va haciendo en el curso de la vida, merced a la elaboración anormal de los traumas. En el otro extremo se halla los que no ven en la personalidad más que un problema de herencia y constitución. Kraepelin ya señaló la presencia de «inhibiciones del desarrollo» «Dispositivos protectores que en un principio tuvieron su finalidad pero han quedado anticuados, permanecen en grado extraordinario, en parte modificados morbosamente, mientras que, por otra parte, se hallan sin desarrollar las cualidades que debían sustituirles, la capacidad de dominar los movimientos afectivos y cambiarlos en trabajo voluntario, bien planeado». Por eso los trastornos histéricos aparecen en personalidades jóvenes e inacabadas, inmaduras diríamos hoy. Se halla, pues en Kraepelin el problema de los *retardados del desarrollo* que Kretschmer ha precisado en la descripción de los retardos parciales. La inmadurez de la personalidad neurótica toma diversos aspectos. En la histeria se ha hablado del carácter histérico en el que lo *auténtico es la inautenticidad*. No puedo ahora abordar a fondo este problema. Solo quería insistir en la afirmación de que los síntomas histéricos no se hallan ligados sólo al carácter histérico, sino que aparecen en otros tipos de personalidades.

El problema de la maduración de la personalidad se ha estudiado desde el punto de vista biológico y constitucional y desde el punto de vista psico-social. En los últimos años ha adquirido gran relieve el problema madre-hijo en la literatura psicoanalítica; pero creo que es importante agregar una tercera línea de estudio: *el de la maduración del ánimo*. El ánimo es lo que se halla en el centro personal, allí donde confluye el estrato psíquico y somático. Este centro personal es el que es insuficiente en las personalidades histéricas y, en general, en los neuróticos.

* * *

Que las neurosis se hallan condicionadas, en su presentación, por la atmósfera histórica que las envuelve, es evidente. Ya durante la guerra ci-

vil española tuvo ocasión de señalar la rareza de las llamada neurosis de guerra. J. L. Meyer y Kollé han ofrecido recientemente resumen completo y crítico de las experiencias de la última guerra. Un hecho parece evidente: la pendulación hacia la interioridad del hombre contemporáneo ha disminuído la frecuencia de aparición de las *formas demostrativas* de la enfermedad y han aumentado las *formas íntimas de la misma*. (V. Bayer). La angustia ya no se elabora como antes, en síntomas de conversión, sino en síntomas psicossomáticos. O, por lo menos, al desaparecer los síntomas de conversión, los viscerales *son más evidente*. En cualquier caso, la angustia patológica ha crecido, así como también la angustia normal. ¿Qué relación hay entre ambas? ¿Se trata de una diferencia de grado? La cristalización de los estados de ánimo, es uno de los problemas más apasionantes que se pueda ofrecer a la investigación psicopatológica. Pero esta plasticidad de los estados de ánimo no debe hacer olvidar la endogeneidad de muchos de ellos. Lo que puede variar es la *frontera* en la cual se establecen los confines de la enfermedad. El tedio de los conventos medievales era problema de moralistas; hoy sabemos, por la propia experiencia clínica que en el tedio, la angustia, la náusea, etc., estamos ante estados de ánimo patológicos, endógenamente determinados y ambientalmente coloreados.

La *actitud* ante ese malestar que es un estado de ánimo alterado, puede cambiar y cambia, según el medio histórico en que se vive. La civilización del *bienestar* hacia la que caminamos aumenta la sensibilidad frente a los malestares interiores. El hombre es ahora, más frágil; en cambio, cuando la hostilidad del medio es mayor, el hombre se endurece, como demuestran las observaciones de Krahl. Por eso Kollé dice: «Frente a la muerte, no hay neurosis».

Es cierto que la amenaza inmediata de la muerte real puede borrar la angustia neurótica; pero de todos modos, no conviene formular demasiado absolutamente esta contraposición. He visto angustias neuróticas en gentes que habían sido condenadas a muerte en la guerra civil española y que se habían salvado milagrosamente, en el último momento de una ejecución.

El enfermo distingue perfectamente entre su sensación angustiosa ante la muerte real y la angustia neurótica que reaparece en cuanto el peligro inmediato disminuye. La angustia neurótica sigue su propio curso, con exacerbaciones y disminuciones, en una sola mezcla de impermeabilidad a las circunstancias y de plasticidad ante las mismas. Por su plasticidad histórica, las neurosis son *sociosis*, por su obediencia genética a los síntomas vitales son «enfermedades de los nervios», que es lo que Cullen quiso decir al introducir el neologismo *neurosis*. Son, por tanto, auténticas enfermedades.

En la histeria el fondo endotímico de la personalidad se halla patológicamente alterado, por esa razón la histeria deja de ser un mito para convertirse en enfermedad auténtica, con gran plasticidad histórica, pero enfer-

medad al fin. También la esquizofrenia y la melancolía y aún la parálisis general, muestran una cierta plasticidad histórica y no por eso dejamos de considerarlas como enfermedades. Y este es el homenaje que hoy podemos hacer a esta gigantesca figura de la psiquiatría moderna que fue Kraepelin: el de mantenernos en su propia tradición, reconociendo que los trastornos y alteraciones psíquicas neuróticas siguen siendo enfermedades y que la psiquiatría es una rama de la medicina y no una forma larvada y aberrante de sociología, aunque ni la psiquiatría, ni la medicina puedan nunca olvidar los aspectos sociales del hecho de enfermar. Esta es la tradición de la clínica psiquiátrica de Munich, en la cual, tengo el honor de hablar.

Dirección: Olivos, 18 - Madrid (3)

NUEVOS INSECTICIDAS

De los principales anofeles vectores del paludismo que hay en todo el mundo, nueve son resistentes a la dieldrina sola, seis a la dieldrina y al DDT y uno al DDT solo. Por grave que esta situación pueda parecer, debe estudiarse en una perspectiva justa. En las zonas donde los vectores son resistentes viven alrededor de 50 millones de personas, mientras que en las zonas palúdicas del mundo entero viven 1.000 millones de almas. Desde el punto de vista de la campaña mundial de erradicación del paludismo, no reviste proporciones catastróficas la resistencia de los mosquitos a los hidrocarburos clorados.

Ello no obstante, no debe ignorarse la existencia de este problema y proseguir la búsqueda actual de nuevos insecticidas. El año 1959 la OMS instituyó un programa de investigaciones de nuevos insecticidas, y entre 600 compuestos ensayados hasta ahora, 10 han dado resultados prometedores. Se prosigue la labor sobre los hidrocarburos clorados sin descuidar por ello el grupo de los organofosforados, especialmente el malatión y el diclorvos (DDVP), así como los carbamatos, algunos de los cuales tienen un efecto residual duradero y sólo presentan una escasa toxicidad para los mamíferos. La Organización está particularmente interesada en obtener el apoyo de los países para ensayar los nuevos insecticidas sobre el terreno, tanto más cuanto que ahora no se puede utilizar la dieldrina ni el HCH en Africa Occidental a causa de la resistencia que ofrece el *A. Gambiae* y sólo se puede contar con el DDT para las futuras campañas de erradicación. CRONICA DE LA OMS. Vol. 17, Nr. 10, pg. 410, 1963).

LIBROS

«BRITISH PHARMACOPEIA 1963» y «BRITISH PHARMACEUTICAL CODEX 1963»

Esta nueva revisión de ambas publicaciones, coincidentes en la misma fecha, se debe al deseo de la Comisión de la Farmacopea Británica y del Consejo de la Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña de ofrecer al público simultáneamente los últimos datos sobre productos, standards, etc., puesto que los dos libros se complementan. Además, han querido dignificar con esta realidad el centenario de la *Farmacopea Británica*, que apareció por primera vez en 1864 y cuya edición 1963 es la novena. El *Codex* británico de este año aparece en su octava edición a partir de la puesta en circulación, en 1907.

En la *Farmacopea Británica*, a pesar del poco tiempo transcurrido desde la publicación de la anterior, encontramos modificaciones tan interesantes para nosotros como el gran cambio que supone el paso del sistema imperial de pesos y medidas al sistema métrico decimal.

Las antiguas formas de penicilina cambian la declaración de potencia, representada por el abandono de «unidades actividad» en favor de «unidades métricas».

En muchas monografías el encabezamiento de la exposición empieza por la «acción y uso» de la substancia, bien entendido que no constituye una guía completa de utilización.

Es significativo que permita colorear los comprimidos, si bien muy restrictivamente.

El problema de la toxicidad de los colorantes es de palpante actualidad y está lejos de resolverse.

En la preservación de soluciones estériles, el término bactericida reemplaza al de bacteriostático, con todas las consecuencias que a partir de este cambio tendrá que soportar.

Abierto el criterio a futuras innovaciones, los ensayos de tiroide se basan en determinación del todo total, con un «test» límite para el yodo inorgánico.

Un capítulo importante y en gran parte de novedad lo constituyen los análisis cromatográficos.

La esterilización hace hincapié en dos temas. El primero es la esterilización de substancias en polvo, a las que se tiende cada día más a causa de la inestabilidad de las soluciones.

El segundo es la descripción de los «test» de esterilidad de antibióticos, excepto para penicilina, ya que ésta puede ser inactivada sin afectar a las bacterias. La utilización de membranas estériles es la principal innovación, con este sentido adoptado como método oficial.

Hemos de destacar la vuelta a la *Farmacopea Británica* de la diamorfina o heroína, cuya última inclusión se hizo en la edición de 1948.

El *Codex* es una recopilación del uso terapéutico y un compendio de standards aceptados y especificación y dosificación de muchos productos no incluidos en la farmacopea.

En la parte primera se resumen los dos propósitos del *Codex*. Incluye acción y utilización, revisado por personalidades médicas, y los standards con ensayos farmacéuticos.

Las partes II y VI incluyen monografías sobre productos inmunológicos, preparación de sangre humana, suturas y fórmulas.

Incluido con el *Codex*, se pone en manos del que lo maneja un fascículo de 16 páginas con los nombres de los productos (registrados o no) de las drogas que aparecen en esta edición.

Las dos publicaciones, por su prestigio, seriedad y utilidad, no pueden faltar de la biblioteca de los estudiosos de estos temas.

R. SANCHEZ F. DE MURIAS