CAPÍTULO VII

Abulia Histérica y Dipsomanía

I La abulia de los bebedores.—II Reeducación sugestiva; procedimiento de Berillón.—III Abulia histérica y dipsomanía.—IV Caracteres morfológicos de la enfermedad.—V Tratamiento por la sugestión hipnótica: «pituita» al despertar de la hipnosis.

I

Corresponde á Berillón, de París, el primer puesto en el tratamiento del alcoholismo habitual por la sugestión hipnótica.

Los bebedores consuetudinarios se caracterizan por un estado de abulia, fundamental en su personalidad; desde la infancia puede constatarse en ellos una tendencia á la apatía, la irresolución, la pereza, la timidez, la falta de atención y sobre todo á la hipersugestibilidad. Sobre ese fondo de abulia, predisponente, pueden actuar diversas circunstancias: enfermedades infecciosas, choques físicos, influencias morales; entre estas últimas podrían enumerarse las emociones depresivas, amores contrariados, desacuerdos domésticos,

desgracias conyugales, pérdida de seres queridos, desastres financieros, etc. Obrando estas circunstancias sobre la predisposición aludida, resulta un trastorno psicológico profundo que se traduce esencialmente por la aparición ó intensificación del estado de abulia; el individuo tiene conciencia de su apatía y de su incapacidad para la acción, declarando que solamente se encuentra bien cuando está bajo la influencia del excitante alcohólico, recibiendo la ilusión de la vuelta momentánea de su energía y de su voluntad. En suma, el estado mental de estos enfermos está caracterizado principalmente por el sindroma de la *abulia*, constituido con anterioridad á los hábitos de intemperancia, sirviendo de base para su desarrollo, y exagerándose después por la misma intoxicación alcohólica. (1)

Partiendo de esa premisa cabe inducir, lógicamente, que la curación del alcoholismo habitual debe proponerse corregir la abulia de los bebedores, haciéndolos capaces de inhibir los impulsos irresistibles que los arrastran á beber, no obstante su propósito de no hacerlo y la plena conciencia del peligro que el alcohol entraña para su salud física y mental.

II

¿Cómo educar la voluntad de estos enfermos? Además de las reglas higiénico-terapéuticas aplicables á todos los enfermos mentales, ha

(1) Berillón.—L'aboulie des buveurs d'habitude. «Rev. de l'Hipnotisme», Juin, 1902.

sido necesario recurrir á la psicoterapia, en las diversas formas de la sugestión, en vigilia y en el sueño hipnótico, reforzándola con ciertos procedimientos mecánicos destinados á fijar más detenidamente las sugestiones.

La propaganda antialcohólica, en sus formas individual y colectiva, propende á la sugestión contra el alcoholismo por los procedimientos más fácilmente generalizables: convencer de sus peligros é inspirar una repulsión defensiva contra el temible veneno. Pero estas formas difusas de la sugestión ganan en amplitud lo que pierden en intensidad.

La sugestión oral, en vigilia, tampoco ejerce una acción suficiente sobre la voluntad de los bebedores consuetudinarios; convencidos «*en frío*» de la necesidad de evitar la acción del veneno, carecen de voluntad cuando llega el momento de poner en práctica sus buenas intenciones.

Más intensa en sus efectos, y por tanto más eficaz en sus resultados, es la sugestión durante el sueño hipnótico. Puede revestir dos formas. Simple la primera, limitada á sugestiones verbales, á órdenes impartidas al enfermo con el fin de impedirle beber ó de inducirlo á no tener deseos; es de escasa eficacia, pues los bebedores suelen tener tan intensa abulia que el impulso dipsómano reaparece ante la ocasión propicia. La segunda forma de la sugestión durante el sueño hipnótico es compleja, asociándose con procedimientos mecánicos que constituyen una verdadera mecanoterapia sugestiva. He aquí, sintetizado en el párrafo siguiente, el método descripto por Berillón.

«Limitándose á sugerir al enfermo, durante el sueño hipnótico, que no beba más, ya pueden obtenerse resultados satisfactorios. Pero el procedimiento, para ser aplicado con su máxima eficacia, requiere el empleo de ciertos artificios que hemos sido los primeros en señalar. Esos artificios consisten, esencialmente, en la creación de centros inhibidores mediante diversas acciones psicomecánicas. Por ejemplo, después de hipnotizado el enfermo, podéis poner en su mano un vaso lleno de bebida alcohólica. Lo invitáis entonces á llevar el vaso á la boca, pero antes de que pueda realizar ese ejercicio detenéis su brazo, sugetándolo fuertemente. Inmovilizado así su miembro, le haceis la siguiente sugestión: «cada vez que tendréis en la mano un vaso lleno de una bebida alcohólica, sentiréis en este mismo sitio una resistencia igual á la presente; vuestro brazo estará absolutamente paralizado para la ejecusión del movimiento que consiste en llevar un vaso á vuestra boca y estaréis obligado á dejar el vaso sin haber bebido». Este ejercicio se repite varias veces. En una palabra se determina en el enfermo una verdadera «páralisis psíquica», que debe reproducirse por sugestión posthipnótica cada vez que él quiera llevar á la boca un vaso de bebida alcohólica. Los artificios para crear estos centros de inhibición psíquica son numerosos; aumentan considerablemente la eficacia de la sugestión hipnótica. Desde que los usamos la proporción de curaciones ha aumentado considerablemente». (1)

(1) Le Traitement par la suggestión hypnotique, de l'aboulie des buveurs d'habitude.—Comunicación al Congreso de Grenoble, 1902.

UNIVERSIDAD DE NUEVO LEON
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
"ALFONSO REYES"
Apdo. 1625 MONTERREY, MEXICO

La eficacia del procedimiento es indiscutible; la hemos comprobado experimentalmente. Sin embargo, es necesario reconocer que solo es aplicable á un pequeño número de alcoholistas, pues, en su gran mayoría, estos sujetos no aceptan ni permiten que se intente hipnotizarlos. Además de los recalcitrantes deben excluirse los que se prestan al tratamiento pero no son hipnotizables, ni aún en los grados más lijeros de la hipnosis; es cierto, sin embargo, que la sugestibilidad es eminentemente educable, y no debe desmayarse ante los primeros fracasos. También conviene recordar que influyen mucho el prestigio moral del hipnotizador sobre el enfermo y las aptitudes del primero, solo adquiribles mediante una larga experiencia.

Queda una minoría de alcoholistas consuetudinarios hipnotizables y que consienten ser hipnotizados; en éstos el tratamiento de Berillón dá excelentes resultados, variando mucho las estadísticas de casos curados, desde 40 °/₀ (Rybakoff) hasta 75 °/₀ (Tokarsky) y aún más según opiniones de otros autores, aunque no acompañadas de estadísticas severas y rigurosas.

Sea como fuere, ante la insuficiencia de todos los demás procedimientos curativos del alcoholismo consuetudinario y la dipsomanía, los resultados del tratamiento por la sugestión hipnótica son muy dignos de tenerse en cuenta é inducen á perseverar en esa vía.

III

En julio de 1903 concurrió á nuestro consultorio una señora, ya entrada en años, manifestándonos que tenía una hija alienada, con manía histérica y dipsomanía, asilada en el Hospital Nacional de Alienadas desde cinco meses. Deseaba se ensayara en su hija el tratamiento sugestivo, á cuyo objeto nos instó le diéramos seguridades acerca de la eficacia del tratamiento; sin darle ninguna certeza del resultado (no obstante tratarse de una histérica y presumirse el buen éxito) le indicamos condujera la enferma al consultorio externo de la clínica neuropatológica del Hospital San Roque, servicio del profesor José M. Ramos Mejía.

Allí se recogieron los siguientes anamnésticos.

X. X. es soltera, de 27 años, ocupada en quehaceres domésticos, de posición social modesta; se encuentra en excelente estado de nutrición. Su padre ha muerto cuando ella tenía 15 años; era alcoholista crónico, pero hasta su muerte pudo ocuparse en trabajos de carpintería sin que obstaran á ello fenómenos mentales de ninguna clase. Su madre sufre de asma y es reumática, á punto de serle difícil desempeñar las más sencillas labores domésticas y no resistir ninguna agitación ó fatiga física. La enferma es hija única; nada sabemos de sus ascendientes indirectos ó colaterales.

La infancia de X. X. no se caracterizó por ningún signo de instabilidad mental ó carácter inquieto; era de corta inteligencia, pacífica, poco amiga de juegos y travesuras. La pubertad fué serena; menstruó á los 13 años, con toda regularidad y sin dolores de ninguna clase. A la edad de 15 años, y con motivo de la muerte

de su padre, sufrió varias crísis de llanto paroxístico, representando verdaderos accesos de la neurosis latente hasta entonces. Dos años más tarde sintió accesos de pequeña histeria, con pérdida fugaz del conocimiento, pero sin fenómenos convulsivos.

Esas crisis persistieron en todo tiempo, aumentando su intensidad y frecuencia con motivo de emociones, surmenage, etc. En el curso de los últimos cuatro años comenzó á sentirse decaída, sin voluntad para nada, presa de una languidez progresiva, inexorable, con tedio de la vida, harta de su pobreza y de sus nervios. Buscó en vano un lenitivo moral á su decaimiento; solo cuando tomaba una copa de vino, ó pequeñas cantidades de licor, sentíase pasageramente tonificada. Insensiblemente tornóse alcoholista consuetudinaria; en menos de un año su hábito revistió caracteres impulsivos, francamente dipsomaníacos. La necesidad de beber sobrevenía al apagarse la excitación producida por el alcohol mismo, impulsando á la enferma á cometer toda clase de irregularidades para conseguir su indispensable veneno, hasta hurtar centavos á su propia madre y á algunos vecinos para correr al próximo despacho de bebidas, sorbiendo allí, con mórbida voluptuosidad, el maléfico trago de ajenjo ó de ginebra que devolvía á sus nervios un aparente bienestar, efímero y enfermizo.

Sobrevino lo presumible en casos tales. La enferma sufrió un acceso maníaco agudo, internándosela en el Hospital Nacional de Alienadas. Allí, con un tratamiento oportuno, se disiparon los síntomas maníacos, quedando

muy deprimida y en estado de sensible decadencia mental. El aislamiento y el régimen higiénico del asilo atenuaron los fenómenos histéricos, influyendo notablemente sobre el estado general de la enferma. Instada su madre á retirarla del asilo, se encontró ante la perspectiva de que repitiera su dipsomanía, cuya consecuencia sería una recidiva del estado mental; ese temor le confirmaron algunas asistentas del asilo, recomendándole que si la llevaba á su casa la cuidara mucho y la mantuviera encerrada, pues persistía en su afán de buscar bebidas alcohólicas.

En estas condiciones la enferma salió del manicomio, con sed de alcohol acumulada durante varios meses. He aquí los datos consignados al examinarla en el consultorio neupatológico del Hospital San Roque.

IV.

No presenta caracteres morfológicos degenerativos. Sus aparatos circulatorio, respiratorio y genital funcionan normalmente; en este último es digna de mencionarse la absoluta ignorancia de la enferma acerca de la sensualidad: ignora el placer, jamás se ha masturbado. Su aparato digestivo sufre toda clase de trastornos funcionales, con temporadas de verdadera gastritis alcohólica aguda.

Los reflejos tendinosos están exagerados; la motilidad y la kinesia son normales; hay temblor fino en los dedos, poco acentuado. No se constatan tics, espasmos, ni mioclonias.

Sensibilidad general, tactil, dolorosa y térmica, normal; solo se observa anestesia faríngea. Campo visual y reflejos pupilares, bien; hay ligera dificultad en la percepción diferencial de los colores.

Estado mental decaído. Aspecto imbeciloide; lenguaje reducido á un vocabulario escaso, acompañado de mímica deficiente, pronunciación mal entonada, pereza en la emisión de las palabras. Su conducta es normal, fuera de la tendencia impulsiva á beber; no obstante su reclusión en el manicomio, la primera preocupación al llegar á su casa fué buscar alguna bebida; como no encontrara, por haberse previsto el caso, prorrumpió á llorar, diciendo que se le tenía desconfianza al tratarla como á una loca, incapaz de moderar sus propios impulsos dipsomaníacos. Con dificultad pudo su madre impedir que saliera á la calle en busca de bebidas, amenazándola con volverla inmediatamente al manicomio. Al examinarla, esta enferma reconoce que el alcohol es la causa de toda su desgracia, pero agrega que ella no tiene voluntad para resistir al deseo de beber, pues no se considera dueña de sí misma en el momento de su impulso dipsómano; desearía curar y está dispuesta á someterse á cualquier tratamiento, siempre que haya alguna probabilidad de regeneración.

V.

La circunstancia de haber surgido la dipsomanía sobre un fondo de abulia histérica, favorece singularmente la terapéutica en casos

como el actual; en rigor, su dipsomanía es un epifenómeno radicado sobre el terreno de la neurosis, gracias á un estado abúlico de la enferma, y sin duda bajo la influencia de una hereditariedad alcohólica bien manifiesta. La dipsomanía subordínase á la abulia histérica, siendo fácil su tratamiento por la sugestión hipnótica.

Esta circunstancia, colocándonos ante un sujeto mucho más sugestible que los bebedores habituales no histéricos, permitió ensayar la cura mediante la simple sugestión verbal prehipnótica, sin necesidad de recurrir á las maniobras psicomecánicas aconsejadas por Berillón.

Antes de dormirla, advirtimos á la enferma que el tratamiento consistía simplemente en dormir, pues al despertar sentiría repulsión por cualquier bebida alcohólica. De esta manera, tratándose de enfermos dóciles y muy sugestibles, es innecesaria la sugestión verbal *durante* el sueño hipnótico, pudiendo hacerse *previamente;* entonces la hipnotización sirve para intensificar las sugestiones verbales hechas en vigilia.

La enferma durmió fácilmente, con sueño leve durante las dos ó tres primeras sesiones. En las siguientes, gracias á la educación hipnótica, el sueño fué más profundo; pudimos observar un fenómeno que no hemos visto descrito en las monografías que se ocupan de hipnotización en los alcohólicos.

La enferma, al despertar, después de cinco minutos de sueño hipnótico, sufría una *pituita*, como suele ocurrir á los alcoholistas

crónicos al salir del sueño normal. Al despertarla — dándole algunas leves palmaditas sobre la mejilla ó la frente—la enferma volvía en sí, sobresaltada, con fisonomía de miedo, llevándose las manos al pecho y á la garganta; muequeaba con visible desagrado, como si una sensación molesta le fastidiara las fauces, y en seguida, inclinando lateralmente la cabeza, escupía una bocananada de secreción acuosa, en cantidad de 40 gramos, que llegaba á la boca por regurgitación del estómago. Esa *pituita post-hipnótica* es la mejor prueba de la profundidad del sueño experimental en estos alcoholistas.

Repitiendo después de cada sesión hipnótica las sugestiones verbales en vigilia, la enferma curó progresivamente de su dipsomanía. Las sesiones fueron dos por semana, durante dos meses; una por semana, durante el tercer mes; dos en el mes siguiente. Ha transcurrido más de un año, y no hay recidiva.

CAPITULO VIII

La Astasia-Abasia y su tratamiento

I—Concepción é historia de este síndroma.—II Anamnésticos de nuestra enferma—III Comienzo de su afección—IV Los síntomas de la enfermedad.—V Diversas formas clínicas de la astasia-abasia.- VI Diagnóstico. —VII Interpretación patogénica.—VIII Astasia-Abasia combinada con impulsos ambulatorios automáticos.—IX Tratamiento psicoterápico.

I

Algunos enfermos, libres de fenómenos paralíticos, pues en cama ejecutan los movimientos ordenados ó espontáneos conservando su fuerza normal y una perfecta coordinación, no pueden, sin embargo, estar de pie ni caminar. Desde que sus plantas tocan el suelo, el enfermo *se hunde*, en el sentido literal de la palabra. Los miembros inferiores, fuertes y válidos para ejecutar cualquier otro movimiento, son inertes é incapaces cuando se solicita su trabajo para sostener el cuerpo ó caminar.

En el clásico tratado clínico de Briquet este sindroma histérico fué vagamente señalado, mucho antes de que recibiera su nom-