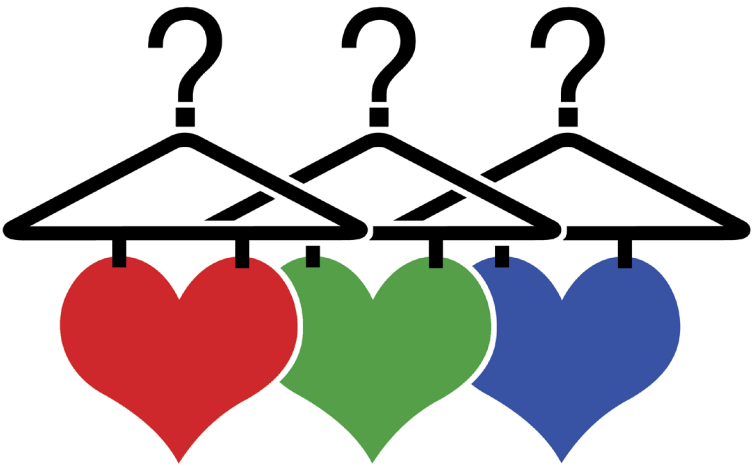
CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12 Nº 1 (2009)
UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

# APROXIMACIONES CONTEMPORÁNEAS A LA HISTERIA

Editor: Javier Ramos



Fundación Cerebro y Mente
SaludMadrid
Hospital Universitario 12 de Octubre
Comunidad de Madrid

Luarna

Aproximaciones contemporáneas a la histeria
© Javier Ramos (editor)
© Fundación Cerebro y Mente
© De esta edición: 2009, Luarna Ediciones, S.L.
www.luarna.com

Director Colección Cuadernos de Salud Mental del 12:
L. Santiago Vega

Diseño de cubierta y maquetación:
Sergio A. González
www.angulocasirecto.com

Madrid, septiembre de 2009
ISBN: 978-84-92684-40-3
Versión: 1.0 (30-09-2009)

«Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra».

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12
UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
12 DE OCTUBRE (MADRID)

# APROXIMACIONES CONTEMPORANEAS A LA HISTERIA

Javier Ramos (editor)

Fundación Cerebro y Mente

# SINOPSIS

¿Por qué unas *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*? ¿Acaso la histeria no fue abandonada hace ya décadas como entidad clínica obsoleta, banal, vulgarizada, indigna de ser acogida en el seno de los saberes científicos? Efectivamente, la histeria, burlona e inaprehensible, escurridiza y camaleónica, refinada y aguda en su capacidad para poner en jaque a la Medicina y a todo aquél que haya dedicado sus desvelos a desentrañar su esencia misteriosa, ha terminado incluso por ser expulsada del campo de las imperantes nosologías posmodernas... *Mais ça n'empêche pas d'exister*. Y la histeria, irredenta y contumaz, ataviada seductora con las nuevas etiquetas diagnósticas a la moda o vociferando grotesca con las legendarias formas de antaño sigue inundando las consultas de médicos, psiquiatras y psicólogos, exigiendo una respuesta e implorando ser escuchada.

# ÍNDICE

Presentación de los Cuadernos de Salud Mental del 12.
Por Tomás Palomo ..... 7

Los autores ..... 9

Un prefacio lleno de gratitud.
Por Javier Ramos ..... 13

Prólogo.
Por Enrique García Bernardo ..... 21

La histeria. Cuestiones diagnósticas a debate.
Algunos aportes desde el pensamiento de D. W. Winnicott.
Por Augusto Abello Blanco ..... 29

Una visión personal de la histeria.
Por Marian Fernández Galindo ..... 59

La perspectiva psicoanalítica de la histeria.
Por Norma Tortosa ..... 94

Histeria con mayúscula.
Por Pedro Cubero ..... 117

Histeria, ventaja con el síntoma y necesidad de hermenéutica.
Por Guillermo Rendueles ..... 145

La histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos:
Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.
Por Javier Ramos ..... 189

De Cenicienta a Barbie.
Por Mariela Michelena ..... 213

Histeria.
¿Categoría elusiva o transformaciones de la feminidad?
Por Emilce Dio Bleichmar ..... 233

Malestar e histeria.
Por José Jaime Melendo ..... 263

# CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12

## UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID)

En la primavera de 2007 escribía unas líneas introductorias a un proyecto modesto pero muy especial: nuestro *Boletín de los Servicios de Salud Mental del Area 11*, que ya va por su número decimotercero y que como era su objetivo está sirviendo de vehículo de cohesión entre los profesionales y cada vez son más los que incluyen sus aportaciones.

Una vez consolidado el Boletín que haremos que sobreviva a los avatares dudosos de la política sanitaria de Madrid, de nuevo Santiago Vega, tutor de los residentes, nos sorprende con otra iniciativa que va enriqueciendo nuestra identidad como Hospital y como Área. Área 11 en la que se inserta el Hospital Universitario 12 de Octubre, pues aquí en nuestra Área, fundamentada sin ambigüedades en la Reforma Psiquiátrica de los últimos 25 años, no estamos de acuerdo con una separación artificial de áreas o su desaparición confusa en un Área Única artificial en aras a un planteamiento demagógico de "libre elección" que confunde al ciudadano.

Además, en estos tiempos que corren, a veces nosotros corremos tanto que no dejamos sedimentar nuestro aprendizaje. Tiene por tanto especial mérito conseguir, en esta situación revuelta madrileña, poner en marcha el proyecto *Cuadernos de Salud Mental del 12* para publicar aportaciones valiosas realizadas en la formación de nuestros residentes y profesionales. Aportaciones hechas por nuestros propios profesionales y por otros profesores invitados que nos centran en la realidad del enfermo mental que es nuestro objetivo principal. Estos Cuadernos nos brindan la oportunidad de releer, repensar y dar a conocer a otros el contenido de los cursos de formación que realizamos en nuestra Unidad Docente de Salud Mental.

Empezamos esta colección con el monográfico dedicado a la Histeria realizado el curso 2008-09 en colaboración con la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid y dirigido por Javier Ramos con tanto acierto en la elección de temas, ponentes y estímulo intelectual para la reflexión clínica. Frente a patologías como la Depresión y otros trastornos directamente accesibles a nuestro entendimiento empático, la Histeria -como la Esquizofrenia- se nos escapa hasta constituirse en la representación más genuina de lo irracional. Viendo el resultado de este primer *Cuaderno de Salud Mental del 12* dedicado a la Histeria, estoy seguro de que los lectores van a disfrutarlo.

Aquí en el Área 11 y su cabecera el Hospital 12 de Octubre seguimos trabajando haciendo oídos sordos a los cantos de sirena de la histeria de conversión administrativa/política que propone una disociación (hospitales / áreas) ante la *belle indifference* de un sistema que intuye ganancias secundarias.

Profesor Tomás Palomo

Catedrático de Psiquiatría UCM.

Jefe Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario 12 de Octubre.

Coordinador de Salud Mental del Area 11 de Madrid.

# LOS AUTORES

## AUGUSTO ABELLO

Psicólogo Clínico (Universidad Autónoma de Madrid). Psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, cofundador, junto con Ariel Liberman, del GTI.POP (Grupo de Trabajo Independiente en Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica). Miembro de Iarpp-España (Asociación Internacional de Psicoterapia y Psicoanálisis Relacional). Miembro de Acippia. Miembro del colectivo GRITA. Terapeuta reconocido por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas). Desarrolla clínica privada y docencia en Madrid.

## MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO

Formada como psiquiatra en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés (más tarde Instituto Psiquiátrico SSM "José Germain"), fue Jefa de Sección en dicha institución hasta 1981. Paralelamente, se formó como psicoanalista en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, institución a la que no pertenece. Desde 1982 se dedica en exclusiva a la práctica privada, desarrollando actividades clínicas, docentes y de supervisión. Fundadora de SEPYPNA (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente), de la que ha sido responsable de publicaciones y vicepresidenta.

## NORMA TORTOSA

Psicoanalista, desarrolló gran parte de su formación en Buenos Aires, donde tuvo como maestros a grandes nombres del Psicoanálisis como Enrique Pichón Rivière, Arminda Aberasturi, José Blejer o David Liberman. También fue discípula de Oscar Masotta, primero en su país y luego en Madrid.

Es Miembro Titular con Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), en la que forma parte de la Comisión de Enseñanza. En ésta ha dirigido la Subcomisión de Seguimiento de los Analistas en Formación y coordinado comisiones que otorgan el Final de la Formación en el Instituto de Psicoanálisis. Realiza actividades docentes en el programa oficial impartiendo Seminarios y Conferencias de difusión. Actualmente dirige la Subcomisión de Seminarios. Tanto dentro como fuera de la APM, son un referente sus Seminarios sobre la obra de Freud, de la que es una profunda conocedora. Ha escrito y publicado innumerables trabajos psicoanáliticos.

## PEDRO CUBERO

Formado como psiquiatra en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Psiquiatra del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) donde realiza actividades clínicas, docentes y de investigación. Es autor de numerosas publicaciones, entre las que cabe destacar su monumental *El grupo paranoide* (Ed. Experiencia), donde desarrolla un modelo psiquiátrico original para la comprensión de este fenómeno.

## GUILLERMO RENDUELES

Psiquiatra, Profesor en el centro asociado de la UNED en Asturias y Doctor en Medicina, participó de forma muy activa en el movimiento de renovación de la asistencia psiquiátrica española iniciado en la década de los setenta, lo que le llevó a trabajar en diferentes puntos del Estado, desde Asturias a Girona, pasando por Madrid. Desde 1980 desarrolla su actividad clínica y docente en Asturias. Impulsor y figura imprescindible de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), su implicación política y sus vastos conocimientos filosóficos, psicológicos y psiquiátricos desbordan sus incontables publicaciones, que incluyen una docena de libros y un centenar de artículos.

JAVIER RAMOS

Formado como especialista vía PIR en el Instituto Psiquiátrico SSM "José Germain" de Leganés. Psicólogo Clínico del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), en el que realiza tareas asistenciales y docentes. Profesor Asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Psicoterapeuta de orientación psicodinámica.

MARIELA MICHELENA

Psicoanalista. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. Ha publicado, entre otros trabajos, los libros *Un año para toda la vida* (Ed. Temas de hoy), *Saber y no saber. Curiosidad sexual Infantil* (Ed. Síntesis) y *Mujeres malqueridas* (Ed. La Esfera de los libros).

EMILCE DIO BLEICHMAR

Doctora en Medicina. Psicoanalista. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Directora académica del Curso de Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica del Niño/@ y su Familia de ELIPSIS, Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Miembro de la Junta Directiva de la sociedad FORUM de Psicoterapia Psicoanalítica. Su dilatadísima y muy activa carrera profesional comprende, junto a su actividad clínica, una reconocida trayectoria como docente, supervisora e investigadora. Galardonada con el Premio de Ensayo Clara Campoamor del Instituto de la Mujer por su libro *El feminismo espontáneo de la histeria*, es autora de numerosas publicaciones sobre psiquiatría, psicología y psicoanálisis.

JOSÉ JAIME MELENDO

Realizó la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés (más tarde Instituto Psiquiátrico SSM "José Germain"), al que se mantuvo vinculado hasta 1992, ocupando los cargos de responsa-

ble del Centro de Salud Mental y de la Unidad de Agudos (hoy U.H.B). Jefe de Distrito en el Servicio de Salud Mental en Arganda y, más tarde, en el de Tetuán (ambos en Madrid) es, desde 2003, Coordinador Asistencial en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Formado en la Asociación Psicoanalítica de Madrid (institución de la que no es miembro), participante habitual en actividades docentes y parte activa de múltiples grupos de trabajo, colaboró en el libro *Aproximación a la Histeria* que editó la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

# UN PREFACIO LLENO DE GRATITUD

Este libro es una sorpresa, y sería preciso hacer una detallada descripción del itinerario de su gestación para explicar hasta qué punto lo es. Sólo el temor a aburrir prematuramente a quienes se acerquen a estas páginas me obligará a extenderme menos de lo que me pide el corazón.

Así pues, y con un deseo de ser breve, empecemos por el principio. Es decir, por el título. ¿Por qué unas *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*? Y en primer lugar, tomando este título desde el final, ¿por qué la histeria? ¿No resulta inaudito hablar de la histeria en un escenario pretendidamente serio como es el Hospital 12 de Octubre, que acogió el seminario que dio origen a este texto? ¿Acaso la histeria no fue abandonada hace ya décadas como entidad clínica obsoleta, banal, vulgarizada, indigna de ser acogida en el seno de los saberes científicos? Efectivamente, la histeria, burlona e inaprehensible, escurridiza y camaleónica, refinada y aguda en su capacidad para poner en jaque a la Medicina y a todo aquél que haya dedicado sus desvelos a desentrañar su esencia misteriosa, ha terminado incluso por ser expulsada del campo de las imperantes nosologías posmodernas... *Mais ça n'empêche pas d'exister*. Y la histeria, irredenta y contumaz, ataviada seductora con las nuevas etiquetas diagnósticas a la moda o vociferando grotesca con las legendarias formas de antaño (que hoy se recuperan procedentes de ultramar) sigue inundando las consultas de médicos, psiquiatras y psicólogos, exigiendo una respuesta e implorando ser escuchada. Y sigue siendo encarada las más de las veces bien desde la hostilidad y la suspicacia preconizadas por Sydenham ("las histéricas mienten, no son verdaderas enfermas") o bien desde la amable y bondadosa ingenuidad que la concibe como "una enfermedad como las demás".

En la contemporaneidad –era del vacío, sociedad del espectáculo o modernidad líquida- la histeria se manifiesta, hoy como ayer, dialogante con la

cultura y afín a la misma; capaz siempre de hallar un lugar y un perfil acorde con el *zeitgeist* de la época; ingeniosa y magistral en el arte de hacer suyas las claves de aquellos que detentan el saber (y el poder) y a los que la histeria elegirá como interlocutores. ¿Cómo no prestar atención a los discursos preponderantes, a los valores propios del espíritu de los tiempos, al tratar de acercarnos a la histeria que despunta en el capitalismo de ficción?

Finalmente, la idea de *aproximación* se liga en este trabajo con los sentimientos de legado y reconocimiento. En 1980, en un momento en el que la reforma psiquiátrica que se gestaba en diferentes puntos del Estado español no era sino una más de las profundas transformaciones que vivía un país que dejaba atrás la dictadura, veía la luz un libro que se convirtió rápidamente en un referente para muchos clínicos del momento. Fue la *Aproximación a la histeria* que publicó la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la que participó un pequeño grupo de jóvenes y ya prestigiosos autores. Las presentes *aproximaciones* pretenden rendir homenaje a aquel texto. Pero hay algo más: probablemente, la histeria, por su propia naturaleza, eludiría fácil y maliciosamente cualquier intento de cercarla y explicarla con orden y rigor. Ésa es la razón por la que optamos por la mucho más humilde y tentativa idea (que en buena parte se debe a Ignacio Mearin) de pedir a doce clínicos que intentaran aproximarse a la histeria. Que hablasen de su histeria. Algunos -Félix Blanco y José Jaime Melendo- revisitando ese territorio en el que ya se habían detenido hace treinta años. Los demás, como clínicos apasionados que se animaron con generosidad a incluirse en un proyecto en el que es improbable triunfar. La histeria es siempre invencible.

En febrero de 2007, tras una larga, larguísima travesía por un desierto intelectual atroz, llegué al Hospital Universitario 12 de Octubre, y al Centro de Salud Mental de Arganzuela con un estado de ánimo confuso y convulso, en el que se mezclaban emociones contradictorias, terrible-

mente intensas, prudentemente sofocadas. El fatigoso caminar casi en solitario durante años me había permitido transitar por algunos oasis memorables, reflexionar profundamente en el análisis, agarrarme a la identidad del francotirador y, sobre todo, soñar, fantasear, anhelar, planear una posibilidad de ser rescatado. Por eso, cuando ese rescate se produjo, parecía difícil vencer la incredulidad, sujetar la euforia, superar el terror de hallarse ante un espejismo, atreverse a comprobar cuánto de verdad podía haber en la realidad tangible de lo tantas veces imaginado.

No es sencillo dar la medida de mi gratitud para con Miguel Ángel Jiménez Arriero, que fue el primero en aportar pruebas evidentes de que tenía sentido (de que yo tenía razón) mi pertinaz, idealizada e incesante defensa del trabajo en la Sanidad Pública. Sin él, que me propuso con absoluta naturalidad que dedicase mis miércoles a cuestiones docentes, estas *Aproximaciones contemporáneas a la histeria* no habrían visto la luz. Carezco de pudor para declarar que éste es tan sólo uno de los motivos (pequeñísimo, además) por los que le estoy inmensamente agradecido.

Tengo que dar también las gracias a Javier Sanz, que puso en evidencia que el universo entero conspira a favor de ciertos sueños, y me propuso, una mañana de miércoles, organizar para los residentes un seminario sobre la Histeria. Gracias por la propuesta, por atender a todos mis correos electrónicos, por todo su apoyo intelectual y logístico y por la elegancia con la que insistía una y otra vez en que se trataba de mi proyecto. Gracias también a Olaia Fernández, "una de las mejores cabezas de entre los residentes de Psiquiatría", pues instigó para que este seminario se pusiese en marcha. Y a todos los residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría, a cuyo deseo debemos el impulso inicial del curso.

Gracias a Luis Agüera, que defendió el curso en la Comisión de Docencia del Hospital y solicitó a la Agencia Laín Entralgo una cobertura a la que este proyecto debe mucho.

Gracias, desde luego, a Marian Fernández Galindo. No sólo fue una de las ponentes con las que más disfrutamos. Sin su ánimo, su vitalidad, su mirada brillante y desternillante; sin su facilidad para meterse en mil jardines y su soltura para animarse a incluirse en aventuras como ésta, mi vida, en general, sería mucho más difícil y gris. Y sin ella y sin su apoyo decidido dudo que me hubiese atrevido a poner en marcha una idea que superó sin mesura todos los planteamientos iniciales. Hace ya muchos años que empecé a supervisar con ella, con lo que hace muchos años también que asumió ser uno de los pilares de mi formación. Desde entonces ha sido capaz de aceptar que el espacio reglado de supervisión se convirtiese en una suerte de clase particular en el que han encontrado acomodo muchas preguntas teóricas y clínicas y muchas más por completo extemporáneas. El término librepensador es hoy por hoy aplicable a pocas personas que conozca. Marian es, sin duda, una de ellas.

Junto a la supervisión, los otros dos pilares de la formación clásica son el análisis personal y la lectura de los textos de Freud. No puedo dejar de agradecer aquí a Mª Antonieta Casanueva que me permitiese acceder a mi propia histeria al tiempo que me alentaba en la construcción de un seminario que continuó después de mi fin de análisis.

Mi gratitud y reconocimiento también para Norma Tortosa, mi excepcional guía en el largo y concienzudo esfuerzo que requiere la lectura de la obra de Freud. Trajo a este seminario todo el veneno psicoanalítico que éste requería, así como la pasión intelectual que siempre ha sido capaz de transmitir a sus alumnos. Dejó dos reflexiones potentísimas e irrenunciables: la propuesta psicoanalítica es difícil, rigurosa y exigente, y no puede aprenderse con rapidez y facilidad; ahora bien, una vez se conoce y comprende, proporciona herramientas de escucha e intervención tan valiosas en los encuadres privados de cuatro sesiones semanales como en los contextos públicos en los que el tiempo y los recursos siempre son tan escasos.

A ella, mi maestra, debo casi todo lo que he sido capaz de comprender del pensamiento freudiano. Sólo a mis propias carencias deben atribuirse las lagunas y los errores que me acompañan en ese campo fundamental.

Mi deuda con Pedro Cubero, otro de los ponentes que más entusiasmo (y reflexión, y controversia) suscitó, no puede saldarse únicamente con el agradecimiento público por su participación en el seminario. Docente singular, pensador incontenible y fabuloso conversador, desprende, por encima de todo, una calidez y una actitud acogedora que ha sido (y sigue siendo) fundamental para mí desde mi llegada al Centro de Salud Mental de Arganzuela. Me resultan impagables los miles de minutos que, siempre generoso, Pedro ha pasado conmigo en pasillos y otros espacios informales variopintos, animándome siempre a pensar y a observar la clínica –y la vida- con humor y agudeza. Sin él, me sentiría mucho más solo.

Guillermo Rendueles, al que esperábamos expectantes y excitados, nos advertía que esperaba cumplir con el mandato weberiano de "incumplir y defraudar". Obviamente, no lo consiguió. Deslumbró con su habitual brillantez y nos colmó incluso más de lo esperado. Probablemente su escepticismo y su humildad le dificulten la comprensión de hasta qué punto le agradezco su vitalidad, su cercanía y su entrega en estas *Aproximaciones*. Hace ya unos años, cuando yo vagaba por el desierto y él tuvo la deferencia de reconocerme como un interlocutor con el que tenía sentido discutir, desplegó ante mí una posibilidad de libertad y una invitación a la acción de valor difícilmente imaginable y, con todo, minúsculo en comparación con la amistad que se inició con aquel debate en la Revista de la AEN.

Gracias, naturalmente a Augusto Abello y Ariel Liberman, que no sólo se dispusieron entusiastas a asumir el riesgo de desprestigio que supone tratar la cuestión de la histeria, sino que se comprometieron a afrontar la nada cómoda tarea de abrir el ciclo de conferencias. El capítulo de Augusto –por desgracia no fue posible para Ariel convertir en texto su ponen-

cia- muestra el grado de solvencia, rigor y honestidad intelectual con que resolvieron el reto.

Nos hemos visto privados también en este libro de la deslumbrante contribución de Pilar Nieto, a la que debo toda mi gratitud, pues nos dejó una fantástica exposición del trabajo psicoterapéutico con la histeria a partir de un caso: nos contó esas cosas que nadie suele contar y que tanto valor tienen para el que tiene la suerte de poder escuchar... Probablemente era la aproximación más difícilmente transcribible, con lo que la autora, tras soportar con humor todo tipo de presiones por mi parte, se declaró en rebeldía.

Gracias también a Mariela Michelena, por su energía arrolladora, su amabilidad y su proverbial presteza para responder a los múltiples correos con los que he importunado a todos los ponentes.

Gracias a José Jaime Melendo y a Félix Blanco por aceptar el reto de volver a acercarse a la histeria treinta años después del mítico "libro verde". Félix, al que debo, además, una disculpa por no haber podido acompañarle el día en que nos visitó, sigue remitiéndose a su capítulo de 1980 y mantiene casi intacta su visión sobre el tema. José Jaime, en cambio, revisa el concepto a la luz de la cultura del malestar para ofrecernos una mirada que creo merecía mucho la pena quedase por escrito.

Gracias a Emilce Dio Bleichmar, siempre amabilísima y cercana a pesar de su apretada agenda y de los continuos requerimientos que, como no podía ser de otra manera dada su fama y su talla intelectual y profesional, no le impidieron hacernos un hueco y unirse a nosotros.

Gracias también a Antonio de la Nuez, al que cuestiones mundanas que no le merecen impidieron (sé que a su pesar) participar como ponente. No obstante, lo hizo como animado y activo oyente, enriqueciendo enormemente las conferencias a las que pudo asistir.

Gracias a los discutidores que se animaron a abrir y animar los debates: Olaia Fernández, Santiago Vega, Alberto Segura, Javier Sanz, Jesús

Fernández Rozas, Ricardo López, Pedro Cubero, Edurne Crespo (y su pensamiento psicológico), Ángeles Castro, Ana López Fuentetaja, y Natalia Sartorius.

Gracias a de todo corazón a Ignacio Mearin, mi compañero del alma desde hace años. Ha sido, sin duda y desde el principio, uno de los motores del seminario (y de este libro), contribuyendo de una manera impagable en todo momento con su apoyo moral y sus ideas; haciendo gala siempre de un sentido del humor, una presencia de ánimo y una sincera falta de ganas de figurar absolutamente envidiables. Gracias también a Natalia Sartorius, a quien disfrutamos desde hace poco en Arganzuela. Al igual que Ignacio, puso en este proyecto mucha de la energía y el aliento que a mí en ocasiones me faltaba: estuvo siempre ahí, con una disponibilidad fantástica ya fuese para ejercer de anfitriona, discutidora o (siempre) aguda comentadora. Gracias a ellos y a todos mis compañeros del CSM de Arganzuela, y del Área XI en su conjunto, a cuyo ánimo debo tanto.

Gracias a Santiago Vega, capaz de hacer tantas cosas y todas con tanto mimo y solvencia. No sólo debo mucho a su apoyo, sin el cual probablemente yo desfallecería muchas veces: sin su decisión y su constancia, sin su capacidad negociadora, sin su empeño por convertir el ciclo de conferencias inicial en un libro, estas páginas no habrían visto la luz.

Gracias a Enrique García Bernardo, que aceptó hacerse cargo del prólogo tras los insólitos encuentros que el destino nos fabricó. Encantador como siempre, exhibiendo esa fuerza intelectual tan asombrosa como su inagotable energía, puso a nuestra disposición su pluma y su talento para abrir el texto.

Gracias a Sergio A. González, al que abordamos a la desesperada, no sólo con mil prisas, sino también con agostidad y alevosía, y que diseñó para el libro, gratis et amore, la preciosa portada que lo presenta.

Gracias a Jesús y Yolanda, de la secretaría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, que recibieron con una sonrisa y con infinita paciencia mis constantes peticiones y el mucho trabajo que les deparé con la organización del seminario.

Gracias a Eva Alonso, que no faltó a ninguna de las conferencias y me ofreció siempre una mirada franca y positiva durante las inolvidables sobremesas que compartimos reflexionando sobre el devenir del curso.

Gracias a mis padres, responsables en gran medida de mis inquietudes intelectuales y compañeros constantes de pensamiento en nuestras interminables conversaciones telefónicas.

Y, fundamentalmente, gracias a Cristina, a la que involucro sin cesar en todas y cada una de mis empresas. Sin ella, sin su calor, sin su poderosa sensatez, sin su portentosa capacidad para convertir en risa mis angustias, sin su disponibilidad para leerse -a las horas más intempestivas- las cosas que escribo, sería por completo incapaz de embarcarme en aventuras como ésta.

Javier Ramos.

Madrid, mayo de 2009.

# PRÓLOGO

## ENRIQUE GARCÍA BERNARDO

*Aquel a quién el orden de las causas últimas le será siempre inaccesible considerará mas oportuno ayudar al movimiento natural que tratar de intervenir a ciegas en un proceso después de todo conducido por la providencia.*

Thomas Sydenham. 1680.

*En cualquier caso, el círculo se cierra: la sociedad determina, las personas la padecen y los profesionales sostienen o/y responden a una y otras.*

José Jaime Melendo. 2009.

## ¿POR QUÉ YO?

Es la primera pregunta que me surgió cuando Javier Ramos me llamó para proponerme que escribiera este prólogo. Se lo agradezco como buen amigo que es, y me halaga que piense en mí para ello. No es que dude demasiado de las capacidades que él dice que yo tengo, para encargármelo, pero, ¿qué tengo yo que mi amistad procuras?[1], ¿qué hago? Es la primera cuestión que el encargo me suscita. ¿Me identifico con ése que el otro (Javier Ramos) dice que soy y con su deseo? Y vamos entrando ya en el terreno de la Histeria que nos ocupa. Pues será precisamente esto aquello de lo que oímos hablar con tanta frecuencia al escuchar a nuestros/as pacientes: la fantasía histérica, siempre presente, de lograr la completud, el "falo" sin restricciones, que el otro le va a otorgar.

¿Tengo yo pues todo lo que hay que tener para ocupar este lugar simbólico, aquí como prologuista de un libro sobre la histeria? Y, ya puestos,

1 Lope de Vega. *Sonetos*.

¿qué es lo que hay que tener? Gran pregunta que tanto la histérica por su parte como los terapeutas que intentan tratarla por otro, intentan responder. ¿Cómo se evalúa, cuantifica, define, lo que hay que tener para semejante tarea (tratarla o escribir sobre ella)? Sabemos que hay veces en que es mejor "dejar correr el agua" que intentar pararla. Y este libro no sólo procura, sino que consigue, con gran éxito a mi juicio, detener delante de nosotros esa realidad fugaz y efímera, y se acerca realmente a la comprensión del fenómeno histérico.

Pero, ¿cuales son las reglas, y quién autoriza y delimita el campo?

Yo puedo identificarme con ese alguien "autorizado" para hablar de este tema, puesto que llevo unos cuantos años ya metido en este mundo de la clínica psiquiátrica. El tema me ha interesado y me interesa, soy testigo de la generación anterior y de sus intentos de acercarse desde la clínica a este mismo campo, algo he pensado sobre él, (o, mas bien, algo me han hecho pensar aquellos pacientes con los que me he ido encontrando a lo largo de mi carrera profesional) y, por lo tanto, algo puedo decir con alguna autoridad. Lamentablemente, por otro lado puedo ser perfectamente desautorizado por otros profesionales que podrían tacharme de advenedizo sin una identidad suficiente como para hablar de un tema tan importante: No soy psicoanalista de carrera, ni participo de ningún credo psicológico oficial; soy bastante heterodoxo, más aún según van pasando los años, y no he escrito ningún trabajo (algún artículo sí, clínico[2]), y no sé si alguien avalaría oficialmente una hipotética postura mía ante la Histeria, pues no la tengo -si es que alguien puede decir que tiene una-.

Y tras estas disquisiciones, no banales sino quizás algo retóricas, vamos a intentar la tarea.

Empiezo con gran placer el prólogo de este libro que, ni mas ni menos, se plantea la difícil y compleja tarea de recoger, a día de hoy, aquellos aspectos fundamentales que abarcan el concepto y la realidad clínica de la Histeria en estos comienzos del siglo XXI.

---

2 García Bernardo, E; Capllonc Gamundi, I. (1993). Síndrome catatónico refractario a tratamiento. *Psiquiatría Pública*, Vol 5, n. 4: 301-311.

El terreno es deslizante, resbaladizo, complejo, y, a día de hoy, incierto, si uno tuviera que fijarse en la realidad de la Psiquiatría oficial (la académica, la de las clasificaciones en vigor, etc.) donde sencillamente ha desaparecido. ¿Quiere ello decir que ya no hay Histeria? ¿Se ha curado? ¿No será que fiel a si misma y a lo que la ha caracterizado como realidad nosológica a lo largo de la historia ha mutado[3]? Los velos que la ocultan, en su esfuerzo por adaptarse a los tiempos, a la cultura dominante en nuestra apagada ciencia, la han desplazado una vez más, y ahora aparece, qué pena, con los ropajes, tristes a mi juicio, de la fibromialgia. "La Gran Simuladora" vuelve a la carga. Los mismos perros con distintos collares dice el dicho tradicional. Nunca fue más cierto.

Recuerdo que cuando iniciaba el MIR en Cruz Roja, apareció en una guardia, una chica que venía de Jaén, de un convento, a parir. Soltera, vivía recogida por las monjas, y el escándalo era mayúsculo: ¡se había quedado embarazada!. Vientre abultado, dolor, contracciones... Estaba de parto. Se desinfló ante nuestros ojos. No había nada salvo deseo, pseudociesis. Nunca lo he vuelto a ver.

Hoy, cuando la Histeria se esconde y parece que no queremos verla, me parece doblemente meritorio que a algunos compañeros se les haya ocurrido, y con tanto éxito, darle una vuelta de tuerca al tema. "Hysteria Revisited" que diría una revista internacional. Si no pensamos en ella vamos a tener que inventar otra nosología para no nombrarla. ¡A que les suena!

## REFERENCIA AL LIBRO ANTERIOR.

"¿Tiene sentido hablar de la Histeria hoy?" se preguntaba el prefacio del libro que durante años hemos tenido de referencia en nuestro medio.

3 Para una referencia cinematográfica, ver la película de Nunnally Johnson "Las tres caras de Eva" (1957).

Han pasado casi treinta años desde la publicación de la última monografía dedicada a la Histeria. La titularon *Aproximación a la Histeria*.[4]

Aquel libro surgió alrededor de la inquietud de un grupo de psiquiatras-psicoanalistas agrupados por la doble vertiente de trabajar en la Psiquiatría pública, en el antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés, el Marañón, Niño Jesús, y su conexión con la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

Fue una de las ponencias oficiales del XV Congreso de la AEN (1979). Era desde el modelo psicoanalítico, utilizado como referencia teórica, desde donde se planteaba la ardua tarea de entender fenómenos y situaciones, habituales en la clínica diaria, englobadas bajo el epígrafe de Histeria. Terreno ambiguo, difícil de delimitar, confuso, y que en ocasiones chocaba, y sigue chocando, con los modelos de comprensión y/o de clasificación de la nomenclatura psiquiátrica.

Las lecturas a las que obligó la tarea fueron exhaustivas, y deparó, como no podía ser de otra manera, bastantes sorpresas. La primera y más importante fue que, aunque parecía que desde Freud ya todo estaba dicho sobre la Histeria, las cosas no sólo no eran así, sino que los enigmas continuaban. Estaban antes de Freud y seguían después de su desaparición, reconociendo lógicamente el salto de gigante que su obra supuso. ¿Qué decir de las Psicosis Histéricas, nunca aceptadas aunque, como las meigas, haberlas haylas? ¿O las agudas observaciones en relación a la depresión en la histeria o "el depósito que nunca se llena", por mas antidepresivos que le pongamos?

Aquel libro se convirtió en un clásico para aquellos de nosotros que comenzábamos nuestra andadura en este campo y que tuvimos la suerte de poder compartir puntos de vista y de debate con muchos de sus autores, con algunos de ellos incluso amistad personal además de contacto profesional.

---

4 Mascarell, S. (Ed.). (1980). *Aproximación a la histeria*. Madrid: AEN.

Creo obligado aquí acordarme de ellos, empezando por los que ya no están. **Salvador Mascarell**, coordinador del trabajo y, mérito añadido a su gran capacidad tanto teórica como clínica, alguien de quién siempre escuché maravillas. Su trabajo sobre el carácter y la personalidad histérica ha sido una fuente muy importante para mí en mis búsquedas en el territorio de los Trastornos de la Personalidad. Y **Baldomero de Cabo**, tan echado de menos, y sus precisos comentarios sobre la conversión (¿se acuerdan de la conversión?).

Luego los vivos. **Carlos Cobo**, agudo psiquiatra y psicoanalista infantil, y Antonio Campoy, con quien luego me he encontrado en muchas ocasiones, y a quien recuerdo ocupando actualmente yo una posición hospitalaria que él ocupó antes y, seguramente, mejor.

Dejo para el final los más cercanos: **Luis Guzmán, Félix Blanco y José Jaime Melendo**. Agudos clínicos y estudiosos de éste y otros temas, la vida nos ha ido juntando y separando, pero siempre ha perdurado el gran afecto que siento por ellos y el reconocimiento a su trabajo que tanto nos ha inspirado a muchos en este y otros terrenos clínicos.

## APROXIMACIONES CONTEMPORÁNEAS A LA HISTERIA.

Y ahora van otros a los que se les ocurre ir en contra de la historia académica y ponerse a pensar sobre este "caduco y desagradable" tema. ¡En el siglo XXI! *Aproximaciones contemporáneas a la histeria* es su título y esta su presentación.

Cito a su *alma mater*, **Javier Ramos**, cuando decía en 2007: "La Histeria siempre ha puesto en evidencia los límites del saber...hasta que invencible, ha terminado por ser negada[5]" . De contradecir esta afirmación

5 Ramos García, J. (2007). Fibromialgia y otros algoritmos asociados. ¿Nuevos destinos para la histeria? En A. Talarn. *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 2007.

se ha encargado él mismo, para, a través de un ciclo de conferencias en el espacio de docencia MIR y PIR en el Hospital 12 de Octubre -donde se formó y forma él ahora-, recuperar la Histeria y ofrecerla en tiempo presente, para el deguste de los mas jóvenes, que han oído poco y mal sobre este asunto, y que (mucho me temo por ellos) van a tener que enfrentarse a un número no pequeño de pacientes histéricas a lo largo de su futura práctica. Con lo que o empiezan a hacerse una idea o van a sufrir y/o a hacer sufrir una barbaridad.

Para ello se ha rodeado de excelentes profesionales que han pasado revista, cada uno desde su ángulo, a nuestra Histeria. El resultado es óptimo y lo comprobarán cuando lo lean.

Aquí empiezo, al revés que en el libro anterior, citando a los más cercanos. Primero el propio **Javier Ramos** y su excelente conceptualización del "mundo fibromiálgico", sus claves y una forma de aproximación que pasa por la estructura, lo que supone entenderla desde dentro del mundo de los pacientes. Javier ha evolucionado de forma continua desde que lo conocí acabando el PIR. Siempre atraído por los temas complejos, demuestra una vez más su profundidad y sutileza de análisis en esta contribución, además de organizar el conjunto de la obra. Está **José Jaime Melendo**, superviviente del intento anterior, con todo el mérito que ello tiene, pero ahora desde ese lugar que los que le conocemos tanto valoramos, mezcla de Psicología, Sociología, Ciencia y pensamiento puro, con aderezos periodísticos. Vean su bibliografía y lo entenderán. Original y lúcido siempre. Cito a continuación a dos "chicas", queridas y cercanas: **Emilce Dio Bleichmar y Marian Fernández Galindo**. La primera en su reflexión de largo vuelo, tan prolífica, sobre femineidad y histeria, que se va sofisticando en su enfoque artículo tras artículo; y la segunda adentrándose desde lo más clásico (Freud) a lo más novedoso (Damasio y las Neurociencias). El planteamiento de una hipotética conexión entre el

concepto de la Neurona Espejo y los fenómenos imitativos de la Histeria resulta estimulante y novedoso. No se pierdan ninguna de las dos.

Luego **Pedro Cubero**, el psiquiatra de esta historia con la histeria. Repasa la psicopatología, la historia y las diversas conceptualizaciones, centrádose en la clínica y la semiología. Exhaustivo y sugerente. Mas allá **Guillermo Rendueles**, que como dice un amigo común, ejerce desde hace años de intelectual orgánico de la AEN, aquí con uno de sus favoritos, la Histeria-dismorfofobia. Sagaz, irónico, cáustico, no decepciona. **Mariela Michelena** y su original visión desde una óptica de desarrollo infantil en la Histeria ayudada por una detallada exposición de un caso clínico analizado en profundidad. Por fin **Norma Tortosa** desde una óptica psicoanalítica en estado puro. Y por último **Augusto Abello**, a quién no conozco pero ardo en deseos de conocer tras la lectura de su "Winnicott".

Una obra, en fin, para no perderse y que recomiendo de verdad. La "Hysteria Revisited" triunfa en sus pretensiones, que eran ambiciosas y complejas, con gran brillantez y profundidad, dejando abundante material para poder seguir pensando. ¿Hay quién dé más?

*Esta enfermedad, la más enigmática de todas las de los nervios, y para cuyo enjuiciamiento no habían hallado aún los médicos ningún punto de vista válido, se encontraba precisamente bajo los efectos de un descrédito que se extendía a los médicos dedicados a su estudio. Era opinión general que en la histeria todo resultaba posible, y se negaba crédito a las afirmaciones de tales enfermas. El trabajo de Charcot devolvió primeramente a este tema su dignidad y dio fin a las irónicas sonrisas con las que se acogían las lamentaciones de las pacientes. Puesto que Charcot, con su gran autoridad, se había pronunciado a favor de la autenticidad y la objetividad de los fenómenos histéricos, no podía tratarse, como se creía antes, de una simulación. Así, pues, repitió Charcot, en pequeño, el acto liberador de Pinel, perpetuado en el cuadro que exornaba el aula de la Salpêtrière.*

Sigmund Freud. 1893.

# LA HISTERIA. CUESTIONES DIAGNÓSTICAS A DEBATE. ALGUNOS APORTES DESDE EL PENSAMIENTO DE D. W. WINNICOTT[6]

AUGUSTO ABELLO BLANCO[7]

Deseo celebrar y agradecer la iniciativa de Javier Ramos en relación con este proyecto, el riguroso trabajo para conseguir su desarrollo así como la invitación que me cursara en su día para formar parte de él.

## INTRODUCCIÓN.

La histeria tiene algunas señas de identidad que la hacen única: probablemente sea el cuadro psicopatológico del que más tempranamente se ha hablado: hay documentos que hablan de la histeria y que pueden ser rastreados, al menos, hasta el papiro de Kahum, fechado alrededor de 1850 a.C. y el papiro Ebers, de 1550 a.C. aproximadamente. En estos primitivos tratados médicos se partía de la idea, luego recogida por los griegos, de que el útero (nace un enlace exclusivo entre este cuadro y la mujer) podía moverse libremente dentro del cuerpo y podía ser atraído o rechazado desde el exterior, consideración etiológica de Hipócrates y Platón[8] (427-347 a.C.), que permaneció vigente durante más de veinte siglos.

---

6 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 23 de enero de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria"

7 augustoabello@telefonica.net

8 "En las mujeres lo que llaman matriz o útero es un animal dentro de ellas que tiene un apetito de hacer niños; y cuando permanece un tiempo largo sin dar fruto, este animal se impacienta y tolera mal este estado; vaga por todas las partes del cuerpo, obstruye los pasajes del aliento, impide la respiración, sume en angustias extremas y provoca otras enfermedades de toda clase". Platón. Timeo. (citado en Nasio, J. D. (1991). *El Dolor de la Histeria*. Buenos Aires: Paidós).

Como dice Javier Ramos (2007): "La histeria milenaria, cuya larga historia se remonta a la medicina hipocrática, ha sido tenazmente perseguida por la ciencia sin que ésta haya sido nunca jamás de aprehenderla. La histeria siempre ha puesto en evidencia los límites del saber, siempre ha señalado la insuficiencia de los discursos sobre ella misma, siempre ha puesto en jaque a la medicina. Quizás en parte por ello ha sido siempre tan irritante y tan atacada, tan capaz de mover al escándalo. Hasta que, invencible, ha terminado por ser negada, desterrada como entidad conceptual de las nosografías imperantes a finales del siglo XX y en los albores del XXI".

Fue Charcot, recién en el siglo XIX, quien desligó la histeria de la condición femenina; publicó una obra, *Dieciséis lecciones sobre la histeria masculina*, en la que la histeria se considera una enfermedad funcional que puede afectar tanto a hombres como a mujeres.

Es muy probable que sea el cuadro neurótico descrito por Freud más estudiado, más debatido y más bastardeado también, en el sentido de que el término histeria pasó al lenguaje popular como un término peyorativo: frases como "fulanito es un histérico o fulanita es una histérica"[9] son frecuentes y su tono, claramente descalificador[10]. También es el cuadro más variado en sus formas de presentarse y más escurridizo a la hora de definirlo: los síntomas histéricos se caracterizan –entre otras cosas- por su variabilidad y su polimorfismo; y son tantas y tan diversas las definiciones, las hipótesis causales y las clasificaciones, según qué perspectiva

9 Probablemente haciendo referencia a un subtipo de histeria descrita por Freud en los inicios: la histeria de angustia como sinónimo de descontrol emocional o crisis de angustia.
10 Dice Lucien Israël (1979) con respecto a la histeria: "Cuando nos saquemos de encima las consideraciones peyorativas ligadas a la histeria, podremos visualizar lo que la liberación de las mujeres, la conquista de sus derechos, le deben a la histeria, que posee cualidades que son el revés de sus síntomas, o sea la generosidad. Pues la histérica reivindica la curación no sólo para sí misma, sino también para su entorno".

o disciplina consultemos -y qué autor dentro de esa línea- que si algo no nos permite este concepto es aplicar nuestro humano afán de reducir para capturar o de definir para comprender, operaciones que aunque muchas veces nos alivian, siempre conllevan una merma de la complejidad.

Veamos una tentativa de definición de C. Bollas en *Hysteria*[11], que nos da un pantallazo sobre lo que se suele entender por histeria en amplios sectores del ámbito del psicoanálisis: "Cuando pensamos en histeria pensamos en personas que tienen problemas con las demandas sexuales de su cuerpo y que reprimen las ideas sexuales, que son indiferentes frente a las conversiones, que se identifican de forma excesiva con los otros, que se expresan de forma teatral, que tienen una existencia de sueño diurno en lugar de estar comprometidos en ellas y que prefieren la ilusión de la inocencia infantil a las penurias del mundo de los adultos. Son fácilmente influenciables por los otros y sugestionables" (citado por Dio Bleichmar, 2005).

Hablando de la complejidad del concepto sabemos que tanto el DSM-IV como el CIE 10 (manuales de diagnóstico de los trastornos mentales), han borrado la denominación histeria debido a las diferentes teorías al respecto y la imposibilidad de consensuar una definición común, aunque se refieren a ella bajo otras denominaciones[12].

En relación con este tema, Ana Martínez (1996) plantea una idea que tomaré como introducción para lo que quiero transmitir. Ella plantea que aunque la histeria haya sido borrada del mapa de los manuales psiquiátricos, no por ello ha dejado de existir camuflada bajo cuadros tan frecuentes y espectaculares como la anorexia, las toxicomanías, las depresiones y los fenómenos psicosomáticos.

---

11 Bollas, C. (2000). *Hysteria*. Londres: Routledge.

12 Las categorías diagnósticas de los trastonos somatomorfos y disociativos del DSM-IV son las que involucrarían principalmente a la histeria, fundamentalmente a lo que la psiquiatría clásica denominó histeria de conversión.

Otro rasgo distintivo de la histeria lo encontramos en el hecho de ser en buena medida la patología que hizo nacer al psicoanálisis. Las mujeres histéricas de Breuer y de Freud han aportado mucho al desarrollo de la teoría psicoanalítica, y se debe recordar a modo de ejemplo que con los estudios sobre la histeria se abandona la hipnosis y la sugestión, y se origina el descubrimiento del método de la asociación libre. Y que Anna O., al evocar el tratamiento de Breuer, creó el término de "talking cure" (curación por la palabra), término que Freud retoma para definir el método analítico.

Histéricas de la época, como Anna O., como Elizabeth Von R, Emmy, Katharina, Dora, son las que permiten a Freud observar mecanismos psíquicos que –reformulaciones mediante- empezaron a conformar la base del edificio psicoanalítico que se proponía comprender el funcionamiento psíquico con el nivel de profundidad con el que nos fue legado.

Breuer, que escribió ese historial 10 años después del tratamiento, estimulado por Freud, dice respecto a Anna O.: "hay en la paciente momentos delirantes que no evolucionan hacia la psicosis pero que indican una ruptura con el nivel neurótico". Podemos pensar que en esta cita empieza a vislumbrarse lo complejo del concepto, algo sobre lo que volveremos a lo largo de esta comunicación.

El seguimiento de los textos primeros sobre histeria –que equivale a decir los textos fundantes del psicoanálisis- permite ver muchas cuestiones conceptuales: el inconsciente, la fantasía, el conflicto, la defensa, la represión, la identificación, la transferencia y un concepto de inmenso valor: la realidad psíquica. Y también la lucidez y creatividad de Freud, la honestidad como investigador y el tesón de alguien que cree en lo hace.

Repasando algunos textos para esta presentación me he encontrado con muchas definiciones o esbozos para hablar de la histeria, así como con un sinfín de modos de clasificarla nosológicamente. Veamos un resumen:

- El histérico como “sujeto pasional”.
- La histeria como la neurosis de las neurosis.
- La histeria como la gran neurosis.
- La fobia como un dialecto de la histeria.
- La histeria artificial que todo proceso analítico necesita instalar para desarrollarse.
- La histeria como estructura nuclear de las neurosis.
- La histeria como una reivindicación feminista espontánea.
- La histeria vital (asintomática) como el final feliz de las neurosis (ésta es de las pocas reivindicaciones que pude encontrar de cierto tipo de histeria).
- Verdadera histeria o buena histeria (se beneficia con el análisis).
- La histeria como expresión de un conflicto pre-edípico.
- La histeria como paradigma del conflicto edípico.
- La histeria oscilando entre el Edipo positivo y el Edipo negativo, que daría entonces:
- La histeria claramente como posición heterosexual.
- La histeria incluyendo la posición homosexual (ligado a lo fálico).
- Caracteres depresivos con fachada histérica.
- Pseudohisteria en personalidades primitivas.
- Histeria ligada a fijación etapa oral (la histeria como personalidad pasiva/dependiente).
- Histeria pensada como fijación a la etapa fálica (la histeria como personalidad fálico-narcisista).
- Histeria arcaica, donde las angustias no están ligadas a la castración, sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida.
- La histeria como neurosis.
- La histeria como psicosis.
- La histeria borderline.

- La histeria como personalidad infantil.

Hacer un resumen del listado de síntomas asociados y rasgos característicos de cada subclase arrojaría una lista tan larga, heterogénea y hasta contradictoria que será mejor desistir de la idea. Los síntomas asociados incluirían todas las áreas: lo intrapsíquico/mental, lo corporal (conversiones), la sexualidad, el mundo exterior, interpersonal e intersubjetivo.

## UNA REFLEXIÓN GENERAL PARTIENDO DE UNA VIÑETA CLÍNICA.

Se trata de una paciente que atendí durante varios años. Una muchacha de casi 30 años, muy hermosa, muy elegante y llamativa, muy arreglada físicamente, muy seductora, con un cuerpo que aparecía todo él como un falo -como lo describiría Juan David Nasio[13] (1991)-.

En el tratamiento con esta paciente yo sentía una fuerte presión transferencial, propia de una posición fálica en la paciente, y en la transferencia parecía existir una cierta erotización. Vivía sumida en una gran insatisfacción, con un cuerpo como dije aparentemente muy sexualizado pero totalmente desinteresada en la actividad sexual, y cuando tenía relaciones eran sin placer alguno y con dolor en el momento de la penetración. En resumen una paciente que presentaba muchos elementos para ser diagnosticada como histérica (en algunas de sus muchas subclases).

En mi supervisión de aquel momento así fue diagnosticada y así cursó el tratamiento en una primera etapa... Un tiempo después, a raíz del es-

13 Nasio, para quien no lo conozca, es un analista contemporáneo, radicado en París y que, pese a su orientación lacaniana, tiene la enorme virtud de que uno puede entenderle prácticamente todo lo que escribe -otra cosa es estar de acuerdo o no-. Lo presento mínimamente porque volveré a citarlo en más de una ocasión.

tancamiento del proceso y de una nueva supervisión, cambió mi forma de entender este caso y así cambió también el rumbo del proceso.

Pude ver la parte más deficitaria de esta muchacha, pude ver algunas cosas que subyacían con mucha fuerza por debajo de los síntomas más visibles y ruidosos (tantas veces los histéricos destacan justamente por eso: es difícil no prestarles atención, por algún motivo convocan nuestra mirada de manera intensa, cuando no tiránica), pude ver su dolor por carencias significativas. Pude pensar que lo esencial en ella no eran angustias relacionadas con el complejo de Edipo sino que eran angustias impensables –como las llamó Winnicott- ligadas a la existencia. Pude ver la necesidad de sentirse acompañada antes que interpretada, la necesidad de sostén antes que de compresión o desciframiento de sus aspectos inconscientes. Pude entender que cuando decidí darle mi número de teléfono particular no habría ninguna posibilidad de que eso erotizase el vínculo. Y que mis intervenciones –durante una larga primera etapa, al menos- más que importantes por su capacidad de convocar insight intelectuales, lo eran por lo que suponían en el vínculo y en el registro del apego. Pues ella escuchaba lo que yo decía más por el tono que por su contenido, interesada por lo que ella intuía de empatía y aceptación.

Pude entender que le hacía mucho bien la inmensa estabilidad y honestidad que implica todo vínculo analítico: frecuencia estable en las sesiones sostenida como si fuésemos monjes ortodoxos, alta estabilidad emocional (al menos toda la que somos capaces de tener -y mucho hacemos para que sea mucha-), nula intención vengativa o retaliativa, un intenso deseo de ayudar al paciente, la garantía de que no será juzgado moralmente ni cuestionado en sus creencias políticas ni religiosas. Una ética que nos permite y nos obliga a hablar con gran claridad de cosas que en muy pocos encuentros profesionales se pueden hablar. Un rigor en la formación, supervisión y el propio análisis muy importantes. Y otras

muchas variables que hacen del encuentro psicoterapéutico un ámbito idóneo para el encuentro humano.

El doble frente que esta paciente –y tantos pacientes- presentaba podría pensarse también sobre la ambigüedad respecto a la cuestión de la etapa del desarrollo psicosexual a la que se halla ligada la histeria: Pues aparece muchas veces la idea de pensarla ligada a una fijación a la etapa fálica -y desde ahí se postula como la neurosis más evolucionada-, al tiempo que otra mirada permite pensarla como ligada a la etapa oral -y entonces tendríamos todo lo contrario: una neurosis muy primaria, muy básica, con todo lo que de gravedad acarraría esta posición-.

## LOS ORÍGENES, FREUD, LA HISTERIA, WINNICOTT.

En el trabajo antes mencionado de Javier Ramos (2007) que incluye un recorrido muy claro y exhaustivo de las vicisitudes del complejo de castración y del valor del concepto de falo (esencial en la llamada etapa fálica) podemos leer: "la experiencia de la castración es tan crucial en la constitución de la sexualidad humana que el objeto central imaginario alrededor del cual se organiza la castración (el falo) va a marcar con su impronta todas las demás experiencias erógenas. Y desde esta perspectiva... también los objetos perdidos –el pecho materno que se pierde en el destete, por ejemplo- toman el valor del falo imaginario".

Y un poco más adelante: ..."el binomio madre-bebé, es vivido por el niño como una totalidad, pues él forma parte de la madre y la madre lo sostiene como una parte de sí. Se da en ese momento una situación de completud gozosa para ambos, y así debe de ser en los primeros compases de la vida humana para que pueda constituirse la estructura básica del cuerpo y de la psique del bebé".

Quizás sean buenos ejemplos de lo que Winnicott y Joyce Mc Dougall quieren enfatizar: Freud piensa que el pecho se pierde en el destete, pero resulta que si por pecho entendemos un complejo repertorio vincular entre la madre y su bebé -con valor de sostén- que daría esa gozosa sensación de completud y de unidad a la que habrá que renunciar más adelante, entonces no deberíamos dar por supuesto que todos los sujetos pudieron acceder a ese pecho, a esas experiencias de sostén gozosas que serán necesarias para dar lugar al saludable nacimiento de un sí-mismo. Antes de perder algo habrá que poseerlo, y sólo en el mejor de los casos ocurrirían las cosas como Freud las planteó: sólo en el mejor de los casos el bebé se sentirá –ya que ahí será colocado por la mirada de la madre- en el lugar de "su majestad el bebé" (Freud, 1914).

Volveremos a este punto más adelante desde otra óptica pero con igual preocupación e interés.

Y hablando de Winnicott, esta comunicación podría titularse:
¿Qué aportarían autores como Winnicott –o como Kohut-, que se han ocupado desde un punto de vista psicoanalítico del desarrollo temprano, a la comprensión de todo ese universo de síntomas, dolores, definiciones, teorías, que aparecen bajo el nombre de histeria?

Me centraré más en algunas ideas de Donald Winnicott y algunos post-winnicottianos.

Comentaré algunos materiales publicados de autores diversos que se han ocupado de la histeria desde diferentes puntos de vista, diferentes escuelas, diferentes sensibilidades, diferentes formas de entender la clínica y el sufrimiento humano.

Como punto de inicio me gustaría leer dos citas del propio Freud. Una, archiconocida: en la "Carta 69", del 21 de septiembre de 1897, Freud le cuenta a Fliess que "ya no cree en su neurótica" (histérica), lo cual se traducirá en un cuestionamiento de su teoría del trauma, lo

cual lo acercará a las nociones de sexualidad infantil y complejo de Edipo.

La otra cita de Freud -menos conocida quizás- la menciona Winnicott en su artículo "La Teoría de la Relación entre progenitores e Infantes" (1960). Antes de la cita el propio Winnicott dice: "A primera vista parecería que gran parte de la teoría psicoanalítica trata sobre la niñez temprana y la infancia, pero en cierto sentido puede decirse que Freud ha desatendido la infancia como estado, lo que pone de relieve una nota al pie en un artículo de 1911, Formulaciones de los dos principios del acaecer psíquico. La cita de Freud es la siguiente: "no obstante, el empleo de una ficción como ésta (viene hablando de la relación entre principio del placer y el principio de realidad) se justifica cuando uno considera que el infante –**siempre y cuando se incluya con él el cuidado que reciba de su madre**- casi realiza un sistema físico de este tipo".

Joyce Mc Dougall (1987) años después escribe: "...cabe señalar que Freud no dejó mucho espacio para que pudiera desarrollarse la idea de que las cosas podrían ir mal entre la madre y su hijo, convencido como estaba de que el periodo de la infancia constituía la base nostálgica para la creencia en el Paraíso".

Es decir, estas frases tienen una conexión con el tema que quiero transmitir: en la primera cita Freud da ese giro histórico y fabuloso: deja de creer en su paciente histérica y descubre el inmenso valor de la fantasía, descarta la tesis anterior por la cual la histeria venía producida por un traumatismo de contenido sexual y pone el origen y la causa en el mundo fantasmático-edípico.

Freud (1896) planteó que "...en la base de todo caso de histeria se encuentran una o varias vivencias de experiencia sexual prematura", y en unos párrafos anteriores remarcaba "...son unas vivencias que es preciso reconocer como traumas graves: un intento de forzamiento que

a la niña no madura le revela de un golpe toda la brutalidad del deseo sexual".

Las consecuencias de este giro copernicano en relación a la etiología de su teoría anterior son muchas y de gran calado. El psicoanalista ya no deberá buscar detrás del síntoma un acontecimiento traumático fechable y real, el psicoanalista deberá investigar y trabajar con la teoría de la fantasía. Momento en el que Freud comienza a pensar en base a conceptos claves del psicoanálisis: la sexualidad infantil, el contenido temático de las fantasías edípicas inconscientes y sus efectos en los histéricos.

Parece necesario repetir las preguntas que muchos ya se han hecho:

¿Por qué Freud maneja ambas variables causales como excluyentes?

¿Por qué adherir a la segunda implica descartar totalmente la primera?

¿Por qué Freud no amplió la génesis pensando en que ambas vías podían desembocar en una patología compartida?

Quizás a Freud le ocurrió algo de aquello contra lo que él mismo nos prevenía, a saber: que al vaciar la bañera, para cambiar el agua, dejemos ir también al niño...

Algunos autores han propuesto una salida que incluye algo de cada postura: la histeria sí sería el resultado de un trauma, pero de un trauma inevitable: el que resulta del encuentro con la sexualidad, encuentro que por diversos motivos siempre deviene trauma. En palabras de Nasio (1991): "cada experiencia vivida en nuestra niñez en el nivel de las zonas erógenas tiene el exacto valor de un trauma, la sexualidad infantil nace siempre mal, pues es siempre exorbitante y extrema". Esta posición, justamente por su nivel de generalización a la hora de pensar el concepto de trauma, desdibuja lo que otros autores quieren enfatizar: el trauma como accidente, como evento singular, con consecuencias también singulares y –en ese sentido- imposible de hacer compatible con la generalización.

En relación a esta idea, muy extendida, Winnicott hace un aporte que deseo resaltar: el mundo pulsional asienta sobre el self, será el sí-mismo el encargado de tramitar las demandas pulsionales, dicho de otra forma: hay una íntima relación entre la vivencia traumática –o no- de la irrupción de la sexualidad y el desarrollo que el self haya podido tener desde sus estadios más tempranos. Esa diferencia -en términos de madurez del self- será capital para que esa sexualidad naciente se pueda vivir predominantemente de manera fecunda y placentera o de manera traumática como observamos en tantas patologías graves.

## LO TRAUMÁTICO COMO GÉNESIS. SOBRE EL ABUSO SEXUAL. REFLEXIONES ACTUALES.

Volviendo a las posibles causas que desembocarían en un cuadro histérico, coincidimos con Emilce Dio cuando opina que, teniendo en cuenta la amplitud y diversidad de etiologías para los trastornos psíquicos, es posible recuperar los trabajos freudianos sobre la etiología traumática de la histeria para situarlos entre las múltiples determinaciones posibles de la histeria, dejando un lugar también para la histeria postraumática (Dio Bleichmar, 2005).

Sería interesante preguntarnos si en el caso en que el origen de la patología tenga relación con lo traumático -entendido como realidad- sería conveniente seguir llamando al cuadro resultante histeria o si habrá otras conceptualizaciones teóricas con sus categorías diagnósticas propias –y los abordajes clínicos correspondientes- que pueden ayudar a discriminar un cuadro de otro (pienso en Winnicott y sus categorías de falso y verdadero self, por poner sólo un ejemplo).

La propuesta que quiero esbozar –de tener algún valor- sería en coexistencia con las teorías con las que ya contamos. La cuestión sería tener la

mayor cantidad de herramientas –conceptuales en este caso- para pensar la etiología y desde allí el tratamiento de una patología, porque la dicotomía excluyente -¿ésta o ésta?- será poco fértil en el campo de las teorías y tampoco ayuda para pensar las problemáticas de los pacientes: ¿histérico o falso self ? ¿patología por conflicto o por déficit?... Muchos adherimos a la idea de un psiquismo heterogéneo, que implica pensar que en todos nosotros habitan zonas más neuróticas dominadas por la idea de conflicto con otras más ligadas a situaciones deficitarias, y que en cada situación vital, vincular, podrán predominar unas u otras.

La dinámica de lo dicotómico empobrece sistemáticamente y viene generando muchos debates dentro de nuestra disciplina, y un ejemplo paradigmático sería el tema de lo intrapsíquico versus lo interpersonal.

Como ocurre tantas veces, Freud aparece ajeno a esas dicotomías, y en una nota de 1923, como anexo al caso Dora justamente, y en relación con el beneficio que acompaña a la enfermedad -un tema relevante en la histeria- leemos: "coexistirían dos partes: la parte interna, que consistiría en la reducción del esfuerzo psíquico –"fuga hacia la enfermedad"- que procura el síntoma al conflicto, y la parte externa, que estaría ligada a las modificaciones que el síntoma aporta en las relaciones interpersonales del sujeto".

Cuando hablamos del abandono de la teoría traumática, no pensamos solamente en traumas de tipo sexual, aunque también.

En relación al tema del abuso sexual, algunos breves comentarios ya que son alarmantes las cifras de abusos de tipo sexual practicado contra niñas y niños.

-Los abusos sexuales constituyen el 9.6 % de los maltratos en la infancia, según el Departamento of Health & Human Services.

Algunas cifras aparecidas en volumen 32 de Cuadernos de medicina forense:

"Aproximadamente el 31% de las mujeres en las prisiones de los Estados Unidos sufrieron atropello sexual cuando fueron niñas, y el 95% de las prostitutas adolescentes padecieron atentados sexuales. También se ha estimado que las niñas con deficiencia psíquica son entre 4 y 10 veces más vulnerables que las que no la sufren".

Un completo estudio elaborado por Save the Children en 1998 indica que "un 23% de niñas y un 15% de niños sufre abusos sexuales en España antes de los 17 años".

A. Jacobson y B. Richardson en su obra Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatientes: Evidence of the need for Routine Inquiry, American Journal of Psychiatry (1987) plantean que después de ser interrogados cuidadosamente, entre el 50 y el 60 % de los pacientes psiquiátricos internados y entre el 40 y el 60 % de los pacientes externos tienen historiales de abusos físicos o sexuales, o ambos (citado por J. Herman, 1994).

J. Brieri y L. Y. Zaidi en su trabajo Sexual abuse histories and sequelae in female psyquiatric emergency room patientes (1989) señalan que en un estudio de la sala de urgencias psiquiátricas, el 70 % tenía un historial de abusos (citado por J. Herman, 1994).

¿De qué hablamos cuándo hablamos de "abuso sexual"?

¿Cuáles son las formas de abuso sexual?

Una aproximación:

- Incesto: los contactos sexuales realizados por familiares directos u otro adulto que ejerce la función de padre o tutor (padrastro, madrastra, padres adoptivos).
- Violación: Acto sexual realizado por un adulto no familiar.
- Contacto físico, manoseo, toqueteos al niño o del niño hacia el adulto.
- Exposición del niño a la visualización de películas, revistas pornográficas o exhibicionismo.

Beatriz Salzberg (1996) sostiene que -tal como lo planteó Freud- sigue considerándose traumática la actitud incestuosa del padre, cuando en la relación con su hija juega su deseo sexual en lugar de sostener la función parental.

Y se pregunta: "¿Cuántas púberes y adolescentes padecen por parte de sus padres un juego de seducción, hecho de miradas furtivas, gestos, roces y otras formas sensibles de incitación al goce y a la transgresión?" (*Ibíd.*). Nosotros podríamos matizar diciendo algo casi obvio, que muchas veces no es el padre pero es el tío, el amigo de la familia de toda la vida, el tutor...en fin: sustitutos simbólicos de la figura del padre y sobre los que se han transferido –en definitiva- cuestiones esenciales del vínculo paterno-filial.

La autora aclara que no alude a los casos de incesto consumado sino a un acoso sexual, por usar un término actual, de mayor o menor intensidad. Y opina que estos juegos traen como corolario un padecimiento histérico acompañado de angustia, inhibiciones y trastornos con la imagen del cuerpo.

Cita algunos ejemplos, entre los que destaco uno, por su frecuencia y sutileza: "los reproches y quejas de padres tan celosos, con insultos a la hija que llega tarde...tan parecidos a los de un amante pasional despechado, disfrazado de moralina paternalista" (*Ibíd.*).

Todos los ejemplos expuestos, pero éste en especial, llevan los dos ingredientes fundamentales del trauma tal y como lo ha desarrollado en su obra el analista húngaro Sándor Ferenczi: un acto que desborda al sujeto y la desmentida posterior... en este caso bajo la función protectora de un padre que vela por su hija... En general los contenidos de estos reproches y advertencias tienen que ver –¡justamente!- con riesgos asociados a la sexualidad. No es difícil pensar en la posibilidad de un padre excesivamente conectado con sus propias fantasías incestuosas proyectándolas

masivamente fuera y queriendo luego salvar a su hija de ese "exterior peligroso".

En esta línea podemos pensar con la autora que lo que la niña primero -y la adolescente después- desea puede temerlo cuando el padre no cumple la función garante frente a las fantasías sexuales inconscientes de ella, y que los síntomas llamados histéricos (inhibición, anestesia genital, etc.) serían, entonces, un freno al peligro real de un padre incestuoso en algún grado.

A pesar de estos datos y estas reflexiones, no pienso en traumas exclusivamente de tipo sexual, sino en un concepto más amplío de trauma. Pienso con Winnicott, en el traumatismo como en todo aquello que interrumpió el desarrollo temprano del bebé, en todo aquello que en lugar de ser ambiente facilitador entorpeció el desarrollo, en todo aquello que lejos de traducirse como una madre suficientemente buena vino a ser más una madre opaca, una madre muerta o deprimida o una madre severamente perturbada como la de Margaret Little.[14]

Eric Brenman definió a la madre histerógena como una madre abrumada por la angustia y que la transmite con una cualidad de catástrofe.

En resumen trauma como aquello que rompe el sentimiento de continuidad existencial.

Como es sabido, Winnicott era pediatra (nunca dejó de ejercer como tal, 40 años continuos en el ejercicio de la pediatría) y eso le permitió poner la lupa en eso que conocemos hoy como desarrollo temprano. Y en este contexto es que cita a Freud en el sentido que decíamos: Freud da por sentado -en toda su teoría- que las cosas transcurrieron más o menos bien antes de iniciarse el periodo en el que se desplegará el complejo de Edipo, mientras que Winnicott propone pensar que lamentablemente ese

14 Psicoanalista y paciente de Winnicott que dejó un valioso testimonio de su tratamiento con el analista inglés, "Relato de mi análisis con Winnicott".

supuesto muchas veces no se cumple, y parafraseando la cita de Freud sobre "Su majestad el bebé" (1914) el analista inglés, en una conferencia de 1970 ante la Sociedad Psicológica Británica (Winnicott, 1991), plantea una interesante metáfora: "es cierto que todos los bebés llegan al mundo con el cetro de primer ministro entre los pliegues de sus pañales, pero eso no implica que todos lleguen a ejercer como tal".

Los casos en los que no se cumple ese supuesto explicarían -al menos parcialmente- el aumento de las patologías graves, también llamadas borderlines, o fronterizas, el mundo de las adicciones, los pacientes con fuertes somatizaciones, ... En fin, los pacientes difíciles por decirlo como muchas veces lo decimos en los pasillos de nuestras consultas e instituciones.

Winnicott destacó la importancia vital de que el bebé contase con un ambiente que fuese capaz de adaptarse a sus necesidades. Es necesario hacer hincapié en el concepto de **necesidades**, diferenciándolo de **deseos**. El propio Winnicott hizo esta fundamental diferencia: cuando hablamos del nacimiento y desarrollo del self -o sí-mismo- no hablamos de deseos, hablamos de necesidades y éstas encuentran dotación -y el desarrollo continúa- o no la encuentran -y estaremos ante la ruptura del sentimiento de continuidad existencial (y en condiciones favorables para el desarrollo de patologías graves)-, mientras que en el mundo del deseo es pertinente hablar de frustración o de satisfacción respecto al mismo.

Para Mashud Khan, discípulo de Winnicott, hay un malentendido básico y dramático entre el histérico y su interlocutor: éste interpreta que los gestos del histérico expresan deseos sexuales y responde a ellos como tales, mientras que desde el histérico se viven formando parte de un lenguaje fundamentalmente corporal-simbólico para expresar necesidades primitivas de cuidado y protección. Quizás este movimiento inconsciente tiene que ver con el triste canje que vemos en muchas interacciones en

el que se ofrece sexualidad para poder recibir lo que de verdad se anhela -o mejor dicho se necesita-, el cariño o la ternura, en alguna de sus formas. Esta fallida transacción se observa mucho en adolescentes, pero ¿sólo en adolescentes? Son esas relaciones en las se demanda algo mucho más ligado al amplio universo de los cuidados maternales que lo esperable de una relación de pareja adulta.

## ALGUNAS CUESTIONES DIAGNÓSTICAS A DEBATE.

Hablando del lugar fundamental que Winnicott, entre otros tantos autores, le asignan a la madre, o por mejor decir, a la función materna -la practique quien la practique- y en relación con el debate sobre el lugar que ocuparía el trauma en la patología, quiero referirme a un pasaje del libro antes citado de Nasio en el que se puede leer bajo el epígrafe "Ejemplo de un fantasma femenino de odio y angustia histérica hacia la madre-falo" lo siguiente: (habla la paciente).

"Todo lo que mostraba cuando era pequeña corría el riesgo de que mi madre lo destruyese. Ella quisiera que yo no existiese, que me marche y me suicide, pero yo no quiero suicidarme porque le causaría mucho placer. Sí, la odio, no me mato para no satisfacer su deseo de verme muerta. Tengo ganas de matarla y de reunir mis fuerzas para hacerla desaparecer. Hay un problema de masculino y femenino en mí, porque soy mujer pero también quisiera ser un hombre capaz de hacer frente a la destrucción que viene de mi madre. En casa mi padre nunca figuró y nunca me defendió, al contrario: yo sola era el hombre que se atrevía a oponerse a mi madre".

Parece evidente que la esencia de este párrafo no remite a la protesta odiosa que Freud adjudicaba a la niña en contra de su madre, dentro del fantasma femenino de castración por no haberla dotado de un pene.

Podemos decir que la llamada aquí "madre-falo" es una madre intensamente traumatógena, una madre en las antípodas de la "madre suficientemente buena" -madre necesaria para un desarrollo temprano saludable-. El valor que parece cobrar la realidad en esta viñeta es muy grande, quizás merezca ponerlo en primer plano a la hora de pensar el diagnóstico y el abordaje clínico.

Freud (1905) en relación con el tema del beneficio secundario de la enfermedad y en relación con el caso Dora comenta: "Los motivos de la enfermedad empiezan a actuar muchas veces ya en la infancia. La niña, ansiosa de cariño y que sólo a disgusto comparte con sus hermanos la ternura de sus padres, observa que esta ternura se prodiga exclusivamente sobre ella cuando está enferma. Descubre así un medio de provocar el cariño de sus padres y se servirá de él en cuanto disponga del material psíquico necesario para producir una enfermedad". Una vez más hace referencia a situaciones que podríamos llamar "normales", o cotidianas, esas que encontramos en los relatos neuróticos, pero ¿qué pasa cuando las cosas son más extremas?

Cuando la desilusión de los padres por el sexo del nuevo niño sesga la calidad del vínculo con el que acaba de llegar. O cuando por cualquiera de los infinitos motivos posibles se genera una asimetría evidente entre los cuidados a unos y a otros. Con frecuencia -y por épocas y entornos- las niñas puntuaban menos que los niños en el deseo de los padres y eso determinaba muchas cosas, por ejemplo posibles caminos en relación a la formación académica, cuestiones tales como tener o no tener acceso a la universidad, etc. Como sabemos no era poco lo que estaba en juego... Con esto apunto a la idea de poder pensar cómo junto a situaciones de rivalidad inevitables debemos rastrear y tener en mente que ciertas situaciones ambientales tempranas pudieron tener efectos importantes en la configuración psíquica de todos nosotros.

Nasio (1991) plantea bajo el sugestivo titulo "Un yo de tristeza", lo siguiente:

"Es de imaginar hasta qué punto el yo histérico, para histerizar la realidad, debe ser maleable y capaz de estirarse sin discontinuidad desde el punto más íntimo de su ser hasta el borde más exterior del mundo, y cuán incierta se torna entonces la frontera que separa los objetos internos de los objetos externos".

Sabemos que un aspecto paradigmático de la histeria lo conforma su capacidad para identificarse con el deseo del otro, y eso es lo que hará del histérico un sujeto de enorme plasticidad. Frente a estas consideraciones es fácil evocar el diagnóstico winnicottiano de "falso self", que se caracterizaría, justamente, por desarrollar una excesiva capacidad de adaptación al ambiente habida cuenta que éste no se adaptó a él en las etapas tempranas de desarrollo, quedando así atrapado en determinar qué espera el otro de él para poder adaptarse a esa demanda o deseo, con el resultado de mostrar una extrema complacencia y con el consiguiente sentimiento de futilidad y vacío o -podríamos decir para parafrasear el epígrafe de Nasio- "con un sentido profundo de tristeza". Sostener una defensa como el falso self implica –entre otras cosas- desprenderse de algo fundamental: el sentimiento de autenticidad en nuestros actos y vivencias, el poder sentirnos encarnados en aquello que hacemos y que nos hacen, perdiendo así el sentido de porqué vivimos. Si algo de esta idea fuerte en Winnicott aporta luz en la comprensión de este rasgo presentado como histérico, entonces, las hipótesis causales que habría que asumir serían bien distintas a las que Nasio plantea y por lo tanto el abordaje terapéutico también sería diferente en aspectos sustanciales.

Creo que desde Kohut se podría pensar que esa dificultad para discriminar los objetos internos de los externos es el resultado de una mala evolución del narcisismo del sujeto que arrojaría un sentimiento de sí mínimamente cohesivo.

Aparece en el horizonte de esta reflexión la cuestión de las patologías más ligadas al Edipo y de las que se generaron previamente. Cuando se plantea este tipo de debates sobre el lugar de tal patología -en este caso la histeria- en relación al complejo de Edipo, para saber desde ahí si estamos frente a un cuadro pre-edípico o edípico con las consecuencias que ello implica, por ejemplo: a) pensar si estamos frente a predominio de déficit o de conflicto, b) el lugar del encuadre como sostén y el de la interpretación[15], c) aspectos técnicos, medidas especiales o excepcionales, entre otras cosas, nos convendría recordar, como lo hace Ramón Riera (1996), que:

"Edipo comenzó a construir su identidad sobre una pareja parental que lo abandonó a los tres días de nacer, que recién nacido le perforaron los pies y se los inmovilizaron para que no anduviera por su cuenta... y esto quedó grabado en su identidad: Edipo significa 'pies hinchados' aunque para todos Edipo remita al que quiere acostarse con su madre y matar al padre, de forma que esta segunda identidad -la incestuosa- se ha superpuesto eficazmente a la primera identidad de Edipo: la abandónica"

Por eso venimos proponiendo pensar en estéreo la clínica y la histeria, o dicho de otro modo, poder pensar que frente a ciertos síntomas conviene preguntarnos qué Edipo es más explicativo que otro ¿Es una neurosis histérica o un cuadro ligado a etapas más tempranas que las que suelen aparecer relacionadas con las neurosis? Sería "otro crimen" eliminar cualquiera de las dos identidades de Edipo, pues ya tuvo bastante con lo que tuvo, el pobre Edipo.

## COMENTARIOS SOBRE TEXTOS ACTUALES Y MATERIALES CLÍNICOS.

Quiero decir para empezar que cuando elegí el procedimiento de comentar materiales escritos -teóricos y clínicos- publicados por otros colegas

15 Para una revisión más extensa sobre este tema véase Encuadre e interpretación de Carlos Nemirovsky en su libro *Winnicott y Kohut*. Buenos Aires: Grama Ediciones

lo hice por lo que creo que eso tiene de beneficio. Mientras que hablar de lo que uno cree que hacen diversas líneas teórico-clínicas en la consulta tiene más de especulativo, de ambiguo, creo que poder cotejar las formas de hacer clínica con las teorías que nos sustentan aporta enorme riqueza a nuestros debates. Sospecho que justamente para eso –para ser comentados y discutidos- es que publicamos materiales clínicos. Quiero agradecer, desde aquí, a todos los colegas que en este trabajo cito, independientemente del grado de acuerdo –o de diferencias- que a continuación de cada cita se propongan.

Carlos Blinder (1996) presenta un caso clínico, diagnosticado dentro del espectro de la histeria, del que destacaré algunos datos y consideraciones:

Una paciente de 35 años se presenta con "síntomas difusos, malestar, angustia, tristeza... Le preocupa que le falle la memoria, a veces se queda en blanco, no tiene amigos... Tiene una hermana gemela".

Dice la paciente: "Mi hermana se volvió loca hace 8 años, se metió en una secta, después tuvo una depresión y se metió a monja....la echaron del convento y la ingresaron".

Relata una infancia con una gran carencia económica, afectiva y mucha violencia, altamente traumática. El padre, alcohólico, pegaba al hermano, se peleaba con la madre y se iba de casa, la madre siempre estaba gritando y les pegaba por nada, una vez amenazó tirarse por el balcón... La paciente dice que la madre prefirió siempre a su hermana.

De su historia recuerda los gritos las peleas y relata abusos sexuales por parte del hermano.

Inmediatamente después de este tremendo resumen de su historia se puede leer: "en el origen de las locuras histéricas casi siempre se encuentra la conexión de una intensa culpabilidad con vivos deseos eróticos. Debe-

rá preservar la insatisfacción de su deseo como sacrificio y pago por esa culpabilidad". En consonancia con lo que venimos planteando, en este pasaje podría destacarse para el debate el uso del concepto "deseo" aplicado en esta mujer desvastada, donde podría ser más pertinente hablar, con Winnicott, de "necesidades" con las diferencias que anteriormente hicimos y con las consecuencias de todo tipo que de tal diferencia se desprenden.

Sobre el diagnóstico leemos: "la violencia en la transferencia, las pseudoalucinaciones, el afloramiento del inconsciente, las tendencias de pasar al acto, me inclinan a pensar que estoy frente a una "gran histérica" de fin de siglo".

En un pasaje del artículo se lee algo que ocurre repetidamente en las sesiones. La paciente dice: "estoy bloqueada, no puedo llorar, me estoy cayendo al vacío... son caídas en picado y me dejan como después de una paliza". Es elocuente en este párrafo la coincidencia terminológica y clínica en la descripción de la paciente y el concepto de Winnicott (1963) "Miedo al derrumbe", asunto desarrollado en un artículo de igual nombre, en el que relaciona estas fantasías -sueños a veces o pesadillas más bien- con fallas severas en el "holding" (sostén) en las etapas tempranas de desarrollo. Justamente la función de sostén incluye el sostén literal, con el fin de que "la fuerza de gravedad no pueda hacer su trabajo con el bebé y así impedir que éste caiga".

Sigamos con el caso planteado. El terapeuta comenta: "las sesiones se hacen duras, le cuesta hablar, el silencio se le hace insoportable, me conmina a que hable yo". Y un poco más adelante: "la interpreto, como puedo y cuando ella puede escuchar, que a veces es como una niña temerosa que necesita el sostén de sus padres. Si no, se cae, se muere".

Es interesante ver cómo aparece el tema del sostén aquí: aparece dentro de una interpretación, aparece como algo para pensar y no como algo

para vivir. Quizás hubiese sido más importante ofrecer sostén y no hablar de ello hasta mucho más adelante, quizás era tiempo de sostén y no de comprender (aunque sea comprender justamente cuestiones relativas al sostén, sobre todo al que no se tuvo); quizás sea tan cierto que necesitó el sostén de sus padres como que ya no se lo podrán dar ellos. Y la cuestión sería saber si el tratamiento puede ofrecer –en alguna medida- esa función que quedó vacía, tomando el proceso terapéutico así, el valor de segunda oportunidad como lo definiera Winnicott en relación a casos graves.

Creo que desde Winnicott podría decirse: la paciente no es **como** una niñita temerosa (zona edípica, zona de las neurosis), sino que **es** esa niñita temerosa y traumatizada cuyas angustias no están relacionadas con la castración sino con la existencia. Ése sería su verdadero self. Quizás el terapeuta coincide con algo de esto cuando dice sobre el final: "el síntoma de la paciente es su dificultad de ser". Antes que una regresión a funcionamientos psíquicos del pasado es un pasado que nunca dejó de serlo, e invade el funcionamiento presente de la paciente. Aquí es pertinente pensar en el concepto de Winnicott "regresión a la dependencia" antes que al freudiano de "regresión", con motivaciones del orden de satisfacciones pulsionales.

Más que un síntoma, ella parece estar tomada completamente por esa dificultad. Los pacientes graves no se presentarían como nosotros los neuróticos, que solemos decir algo así como "tengo un problema o tengo síntomas". Más bien lo harían diciendo algo más parecido a "**soy** un problema". En esta paciente la lucha por la existencia parece central, no sintomal; parece más el resultado de experiencias muy tempranas, en épocas preverbales y de un valor politraumático muy grande; fallas severas y continuadas que llevan a la ruptura del sentimiento de continuidad existencial en palabras del propio Winnicott.

Para terminar con este apartado comentar que en un momento el terapeuta sugiere incluir como un recurso más a un acompañante terapéutico para la paciente, y al respecto comenta: "es una forma de distribuir su masiva y erotizada transferencia". Este comentario se relaciona con otro en el que leemos: "las sesiones se alargan con sus actuaciones (la paciente se desvanece al final de algunas sesiones, "cuasi-desmayos" según los designa el terapeuta) y ella intenta gobernar los tiempos... En la transferencia puede propiciar que sea otra vez echada... Intenta ocupar el tiempo y el lugar del próximo paciente".

Yo creo que asistimos a una lectura clásica de aspectos transferenciales, ligados a lo triangular, lo edípico, la rivalidad con los otros pacientes, lo fálico de imponer su ley al intentar gobernar los tiempos; pero podemos pensar que esta paciente no está ubicada en esa zona definida por lo triangular, de "personas completas" que se relacionan con "personas completas" como decía Winnicott. Quizá, por tanto, estas categorías sean probablemente insuficientes. Además de la clásica concepción de la transferencia como repetición, el autor inglés postulaba "transferencias de necesidad" -también llamadas transferencias de déficit o de desarrollo- en las que el objetivo era vivir algo inédito que no se vivió (y fíjense cuántas cosas que debería haber vivido esta paciente en su desarrollo temprano no vivió). Como lo dice Carlos Nemirovsky (2007): "no se trataría de reeditar algo en la transferencia sino de un nuevo fenómeno, el de la edición, destacando lo novedoso y los aportes que desde el proceso y desde el terapeuta el paciente pueda recibir".

Podemos pensar que sería una muy buena noticia para esta paciente estar en un nivel de desarrollo psíquico como para poder rivalizar con otros pacientes, erotizar el vínculo transferencial con el analista u ocupar un ratito más el diván desplazando así a sus *hermanos analíticos.*

En un artículo de Bernardo Arensburg (1996) aparecen datos que apuntan a una correlación altamente significativa entre histeria y depre-

sión. En los historiales de algunas de las primeras pacientes de Freud aparece esta correlación. Hay muchos datos y de mucho interés en el artículo citado que podríamos tomar como apoyo para la línea que venimos planteando en este trabajo, pero –por cuestiones de espacio- voy a referirme a unos pocos, a saber:

1) El autor comenta que para Green lo central es "la formulación de la vulnerabilidad narcisística de la histeria y la pérdida del self como objeto ideal o idealizado que conduce a la depresión, a la desesperanza, a la desesperación, a la soledad extrema, al desvalimiento, al vacío, sentimientos que remiten al desamparo primario".
2) Leemos más adelante: "en primer término subrayo un curioso fenómeno histórico-familiar en los pacientes afligidos de histeria y depresiones de mayor o menor intensidad y tipicidad. Hay una llamativa frecuencia de una temprana alteración de la estabilidad, de la cotidianidad, del curso sin accidentes de la familia nuclear, se observa un genitor muerto, muertos en la fratría, antes o después del nacimiento del paciente, separación de la pareja parental, ausencia de uno o ambos genitores por migración laboral o internación (hospitalaria o carcelaria), la inexistencia de un padre conocido, la crianza del paciente con los abuelos o tías solteras; en resumen: la familia nuclear como referencia estructurante cojea siempre de algún pie, fracasa, se desintegra, pierde pedazos, no existe o es sustituida o delegada".

Parece evidente que en la lista de situaciones que plantea este experimentado analista vemos muchos ítems que conforman lo que denominamos "fallas ambientales severas", o un "ambiente no-facilitador", y deberíamos pensarlos en su dimensión de traumas tempranos y como el fracaso de las funciones parentales en relación con las necesidades tempranas del bebé.

Quizás el autor esté de acuerdo con algunas de estas líneas abiertas, porque al final del artículo leemos: "caben preguntas respecto a estos pacientes sobre cómo han vivido las pérdidas en el polo del complejo materno y en los avatares de la especularización que estructura –a mi juicio- la precariedad del narcisismo primario que los caracteriza y pauta las dificultades y paradojas del narcisismo secundario".

Parece pertinente recordar aquí esa cita de Winnicott en la que decía que la condición de "su majestad el bebé" no está garantizada ya que algunos nunca llegarían a reinar.

Siguiendo con la idea de lo deficitario en la histeria, comentar que en el trabajo antes citado de Nasio (1991) se puede leer: "estamos en presencia de tres concepciones del 'yo' histérico perfectamente diferenciadas: el yo demasiado permeable de Charcot, el yo demasiado débil de Janet y el yo demasiado desesperado de Freud".

Señalamos que, a pesar de los aspectos diferenciados que menciona Nasio, se observa un factor común: los tres tienen algo ligado a la carencia, a la merma, a la falta de desarrollo o madurez. En esta línea Emilce Dio (1985) sostiene que los diferentes cuadros de la histeria se pueden distinguir, junto a tres variables más, en relación al grado de desarrollo alcanzado por el Yo.

Para terminar decir que la esencia de lo que quise trasmitir -en el sentido de diferenciar orígenes y abordajes clínicos- encajaría con la cita bíblica, atribuida a Jesús en el evangelio según San Mateo, que procurando repartir con justicia, dice: "Dar al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios"... pero claro, no será tan fácil: sabemos a ciencia cierta que el César está muerto y de Dios, hace demasiado tiempo que muchos de nosotros no tenemos ninguna noticia. Me parece, pues, que para bien y para mal, tendremos que seguir debatiendo, compartiendo y aprendiendo entre nosotros, con nuestros maestros y con -y desde- nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA.


- Arensburg, B. (1996). *Histeria y depresión. Homenaje a Freud: La histeria 100 años después*. Barcelona: Gradiva.
- Blinder, C. (1996). *Una histeria de fin de siglo. En Homenaje a Freud: La histeria 100 años después*. Barcelona: Gradiva.
- Breuer, J., Freud, S. (1893). *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: Comunicación preliminar*. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, Vol II, 1977.
- Breuer, J., Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, Vol II, 1977
- Dio Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Adotraf.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Psicoterapia de la relación entre padres*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1896). *La etiología de la histeria*. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, Vol III, 1977.
- Freud, S. (1905). *Fragmento del análisis de un caso de histeria. Caso Dora*. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, Vol VII, 1977.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, Vol XIV, 1977.
- Herman, J. (1994). *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa Calpe.
- Israel, L. (1979). El goce de la histérica. Barcelona: Argonauta.
- Martínez, Ana. (1996). ¿Dónde están las histéricas de entonces? En Homenaje a Freud: La histeria 100 años después. Barcelona: Gradiva.
- Mc Dougall, J. (1987). Teatros de la mente. Madrid: Tecnipublicaciones
- Nasio, J. D. (1991). El dolor de la histeria. Buenos Aires: Paidós.
- Nemirovsky, C. (2007). Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. En Winnicott y Kohut. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ramos, J. (2007). Un lugar para el infortunio. Malestar y patología en el cambio de milenio. Inédito.

- Riera, R. (1996). Histeria y narcisismo. En Homenaje a Freud: La histeria 100 años después. Barcelona: Gradiva.
- Salzberg, B. (1996). ¡Socorro, Auxilio! ¿Soy Mujer? En Homenaje a Freud: La histeria 100 años después. Barcelona: Gradiva.
- Winnicott, D. (1960). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador . Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Winnicott, D. (1963). Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Winnicott, D. (1970). Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós, 1991.

*El principio es éste: que en todo lo que merece la pena tener, incluso en cada placer, hay un punto de dolor o tedio que debe sobrevivir, de modo que el placer pueda revivir y durar. El placer de la batalla llega tras el primer miedo a la muerte, el placer de leer a Virgilio aparece tras haberlo estudiado; el regocijo del bañista en el mar surge tras el choque helado del agua; y el éxito del matrimonio llega tras el fracaso de la luna de miel. Todos los votos, leyes y contratos humanos son otras tantas maneras de sobrevivir con éxito a ese punto de inflexión, ese instante de rendición potencial.*

Gilbert K. Chesterton. 1910.

# UNA VISIÓN PERSONAL DE LA HISTERIA[16]

MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO[17]

*"Nuestro estado mental presente refleja el contexto social en el que ofrecemos nuestra narración. Hilamos un tapiz con recuerdos seleccionados y detalles imaginarios para crear una historia con un doble propósito: Reflejar unos hechos pasados y captar la atención de nuestro oyente. De tal manera que las expectativas de la audiencia desempeñan un papel fundamental en la construcción del relato. Esta naturaleza social de la narración implica que la persona que recuerda está en un perpetuo proceso de creación de sí misma dentro de contextos sociales nuevos".*

Daniel J. Siegel.

En treinta y cinco años de práctica clínica caben muchas vueltas de tuerca: teorías que, en su día, constituyeron la Verdad revelada, se deshicieron como humo; conceptos brillantes han envejecido y se han vuelto inútiles, tratamientos promisorios ayer, hoy han sido abandonados por absurdos. Por el contrario, lo que permanece, lo que no se desechó, es el resultado de un proceso de decantación de todo lo leído y lo escuchado, de lo vivido en la clínica, en la experiencia real del trabajo con pacientes, proceso que deja un poso, sólido, concienzudamente filtrado, que constituye el bagaje intelectual y la panoplia terapéutica de todo clínico.

La práctica clínica, oficio de artesanos, necesita una caja de herramientas y un libro de instrucciones. Así, por ejemplo, el DSM. Si hay un paradigma de un buen libro de instrucciones, ese es el DSM. Al igual que en las grandes religiones monoteístas, el DSM es para los psiquiatras lo que

16 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 16 de febrero de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria".

17 mfgalindo5@hotmail.com

la Biblia para los creyentes. Y no es para menos. Armado con un DSM, cualquier residente de psiquiatría puede, en muy poco tiempo, abarcar, ordenar y clasificar la clínica a la que se enfrenta.

En cuanto a la caja de herramientas, en los últimos veinticinco años, se ha enriquecido y afinado de tal manera, su uso es tan sencillo, que no requiere de especialistas para su empleo. De tal manera que, por poner un ejemplo, el tratamiento de la ansiedad y de la depresión es abordado habitualmente por los generalistas.

Pero ocurre con harta frecuencia que el libro de instrucciones no da cuenta de patologías y estructuras inclasificables. Sintomatología proteiforme, discurso banal, intenso colorido emocional que fascina y arrastra al observador, atomizada en multitud de categorías nosográficas, borrado su nombre de la taxonomía... Sin embargo, la histeria existe.

Es esta evidencia lo que da origen y sentido a esta reflexión sobre la histeria, reflexión que nace del quehacer clínico.

Mi propósito será mostrar cual ha sido la evolución de mi pensamiento respecto a la Gran Simuladora, qué teorías han iluminado mejor mi camino, es decir, el resultado de mi particular proceso de decantación.

Todo ello se resume en el siguiente cuadro:

1º) Modelo freudiano: La histeria se enraíza en el núcleo del conflicto edípico, el sujeto permanece "pegado" a sus objetos primarios (padre y madre) y a la castración.

**2º)** Teoría del Apego: Modelos internos de trabajo (Internal working models, Bowlby): la histeria por identificación con el modelo materno.

3º) **Lo q**ue la neurociencia aporta a la comprensión de la histeria**:**

- El "interprete" del cortex prefrontal izquierdo (Gazzaniga)
- La neurobiología de la emoción (Damasio)
- Las neuronas espejo (Rizzolati)

4º) **En el ma**rco de la teoría evolutiva (Darwin): Las características y habilidades de los individuos –incluidos los modos de pensar y de conectarse- se adquirieron por selección natural y se mantuvieron y transmitieron gracias a su éxito adaptativo, es decir, a su capacidad de proveer de competencias para la supervivencia y la reproducción.

Pero antes resulta obligado plantear **el problema diagnóstico de la histeria.**

¿Por qué reconocemos una histeria a pesar de que su sintomatología es proteica, cambiante a lo largo del tiempo y deudora del marco cultural en el que se expresa? Desaparecidos los viejos –y espectaculares- síntomas neurológicos (parálisis, déficits sensoriales, crisis pseudocomiciales, etc.), ¿Dónde se esconde hoy la histeria? Y más allá de los síntomas concretos, tan sensibles a las modas y a un imaginario colectivo que se transmite hoy más que nunca por la fuerza de los media (luego hablaremos del papel que juega Internet en el modelo actual de conversión) ¿Cuáles son los invariantes de la histeria? Yo señalaría tres fundamentales:

1)El cuerpo que sufre (el cuerpo como objeto de atención y preocupación; el cuerpo que habla sin saberlo...)

2)La labilidad de la expresión emocional (el intenso tinte emocional del discurso, el expresionismo de la comunicación)

3)La pasión, es decir, la intensidad de las vivencias afectivas (el amor, el odio, la envidia, la vergüenza, etc., etc.)

Esta tríada sintomática ya plantea una primera dificultad relacionada con el marco de observación y nuestra práctica actual. "El cuerpo que sufre" cae dentro de la observación médica y toda su sofisticada panoplia de instrumentos diagnósticos. Cuando las histéricas[18] de hoy llegan al psiquiatra, llegan por exclusión: ya han sido tratadas de vértigos por el ORL y/o el neurólogo; revisado su aparato digestivo, seguramente tendrán "gastritis", y/o "hernia de hiato", y/o "colelitiasis"; la ansiedad aguda y su sensación de muerte inminente habrán ganado algún que otro ECG... la histérica llegará al psiquiatra porque "no tiene nada" y arrastrará en su desprestigio al clínico que se dedica a ocuparse de "nada"...

Por otra parte, en realidad, la expresión sintomática de la histeria es imitativa; los síntomas histéricos se parecen a los síntomas de enfermedades orgánicas pero no son enfermedades orgánicas. Sin embargo, la semiología, cuya enseñanza revestía tanta importancia en las antiguas escuelas de medicina, está en retirada frente a la potencia y finura de los actuales métodos diagnósticos. Así que ningún clínico prudente se fía ya del famoso ojo. Así que la histeria es tratada como una misteriosa e inaprehensible enfermedad física (como siempre, por otra parte...).

La labilidad emocional, la intensidad del colorido emocional del discurso de la histérica al mismo tiempo que su fugacidad (en pocos minutos llorará sin consuelo, reirá, se irritará, entrará en cólera...) entra dentro del campo de observación del psiquiatra.

---

18 En una patología que afecta en proporción 10 a 1 a las mujeres me permitiré la licencia de utilizar el femenino como genérico en vez del masculino.

Pero no así su historia apasionada de duelos, frustraciones, fracasos, sacrificios, etc., etc., que sólo una calmada escucha en un marco psicoterapéutico pueden desvelar.

De manera que probablemente no haya ninguna otra patología que consuma más recursos sanitarios y durante más tiempo. Del servicio de Urgencias al Médico General, de ahí al Psiquiatra y más tarde, cuando la atención farmacológica se muestre inútil, al Psicólogo...

Continuando con las dificultades de diagnóstico, la labilidad emocional, el rápido paso de un extremo al otro del arco cromático de la emoción, emparenta a la histeria con algunas formas del trastorno bipolar (aunque este es un tema de otro momento).

¿Estamos frente a una nueva epidemia de histeria como la que conoció el siglo XIX? La llamada *clínica del malestar* ¿no es la forma actual de expresión de una enfermedad antigua que se adapta a los usos culturales y médicos de hoy? De los pacientes nuevos que recibí en el último trimestre, un 80% han sido histerias. La presentación más frecuente es la depresiva. Depresión causada por un desengaño amoroso, el final de una relación de pareja vivido con desesperación; después el llamado trastorno por ansiedad; crisis de pánico; fenómenos conversivos que terminan con diagnósticos médicos de dudosa confirmación.

Si el siglo XIX reconocía como causa de la histeria el "*problema sexual*", los usos sexuales y amorosos victorianos, la represión social, los matrimonios de conveniencia, la subordinación de la mujer, etc., asistimos ahora a formas radicalmente diferentes de relación entre los sexos. Pero es evidente que ello no mejora los conflictos ni su carga de insatisfacción.

Más aún: la permisividad actual respecto de la sexualidad, de la expresión sexual en todas sus formas ¿no ha retirado a la histeria hacia posiciones más arcaicas, regresivas, infantiles, hacia lo pulsional preedípico?

En otros casos, la insatisfacción desesperada no viene de las limitaciones del objeto de amor, sino de la insuficiencia del Yo tomado como objeto, de la desilusión narcisista de no ser perfecta, de no tener un cuerpo ideal (las anorexias ¿no estarían instaladas en ese lugar?), ni un status mejor, ni una vida mejor, etc., etc.

## LA HISTERIA EN LA NOSOGRAFÍA.

La histeria ha "estallado" en las clasificaciones actuales y sus fragmentos se han desperdigado por todo el panorama nosográfico como lo atestigua una somera revisión del DSM IV. Los trastornos facticios, los trastornos disociativos, -la personalidad múltiple, sobre todo; algunos trastornos del espectro bipolar: las distimias; algunos trastornos de personalidad, la personalidad histriónica, la infantil, han heredado los despojos de la histeria del XIX, de la histeria de Charcot y, más tarde, de Freud.

La histeria limita por un lado con el trastorno límite de la personalidad, por otro con alguna forma de trastorno bipolar y, por todas partes, con la "normalidad". Yo concibo la histeria como la estructura central de la personalidad , más adelante explicaré porqué, en el mismo sentido que le llevaba a Israël a decir que "todos somos histéricos". [19]

Pero la histeria pertenece no solo al lenguaje médico sino también al de la calle en el cual no estamos seguros de que signifique lo mismo... "El descontrol de las autoridades desata la histeria de la población", reza un titular de primera página en un diario... "El fuego prosigue su avance entre la histeria y la descoordinación", asegura otro...

Por lo tanto, hay más "histerias" que las histerias psiquiátricas. Hay las histerias "funcionales" (¿quién no conoce alguna?... luego veremos a qué

19 Israël, L. (1973). *La histeria, el sexo y el médico*. Barcelona: Masson.

llamamos histérica...) y, con un gran territorio de transición entre éstas y las anteriores, hay las histerias "médicas".

Desde Hipócrates para acá, la histeria no ha dejado de ser un fantasma (masculino) de la sexualidad femenina, vale decir de la feminidad. Cuando se diagnostica histeria en un varón se piensa en una conducta propia de las mujeres...

"*Sin querer faltar a la galantería, haré constar que la mayoría de los rasgos del carácter de las histéricas no son más que la exageración del temperamento femenino: el temperamento femenino convertido en neurosis*" (el subrayado es mío). La frase anterior pertenece al artículo sobre histeria del Diccionario enciclopédico de las Ciencias Médicas de 1889 redactado por Grasset (citado por Israël en op. cit.). A pesar de que han pasado 120 años desde esa publicación, creo que no hay mucha duda sobre la persistencia de ese modo de pensar...

Sin embargo, la histeria masculina existe, aunque la propia denominación constituyera, durante mucho tiempo, una antinomia. La manifestación somática de la ansiedad en forma de trastorno de pánico (un diagnóstico que tiene muy pocos años en la nomenclatura; las crisis de angustia ligadas a la sensación inminente de padecer un infarto (las antiguamente llamadas neurosis cardíacas) y, sobre todo, el carácter, que se distingue del carácter histérico femenino por una mayor participación de la agresividad... Todo esto conforma la histeria masculina.

Desaparecida también de las clasificaciones la neurosis, probablemente por una condición artificial de constructo teórico difícil de encajar en la clínica, queda de todos modos en vigencia el **carácter histérico** con sus elementos constitutivos:

- **Histrionismo**: El "hacer ver", que dice Israël.

- **Perversidad**: (a no confundir con la perversión) "*Podemos imaginar*

*a alguien más desgraciado que el marido de la histérica?* –Grasset citando a un llamado Frank- *A menos que encuentre divertida la variedad pues, en efecto, en solo 24 horas está sucesivamente triste, calmada, suave, tranquila, irascible, etc.; presenta el carácter de diez personas diferentes. Y, además, está variedad será un infierno perpetuo para el pobre hombre que se verá continuamente tratado de egoísta o de verdugo, según que se ocupe o no de la enfermedad de su mujer, según que la compadezca o la maltrate, que esté de acuerdo o la contradiga...*" (Citado por Israël en op. cit.).

- **Dependencia**: Enfermedad de la relación, no puede concebirse sin el aporte del entorno que con mucha frecuencia queda encadenado al carro de la pasión histérica y se vuelve cómplice de ella.

  [Una paciente de 63 años, periódicamente depresiva desde hace muchos años –"A mamá las navidades siempre le sentaban fatal..."- ha "conseguido" que sus dos hijas solteras, de 40 y 43 años, independientes, trabajando y viviendo lejos de su ciudad, vuelvan a casa, resignando su vida propia para cuidar de su madre, aquejada de un cuadro conversivo "à la Charcot"]

- **Sugestibilidad**: Este es uno de los aspectos más complicados de manejar en la clínica y, en general, en las actitudes sociales hacia la histeria. Es la sugestibilidad lo que determina, por un lado, el carácter epidémico que adquieren las modalidades de presentación de la histeria y, por otro, la enorme dificultad de manejo en la relación clínica, en donde el campo se contamina continuamente con las actitudes, gestos, palabras (sobre todo palabras) del clínico.

  [Una paciente de 35 años, con un trastorno ansioso desde hace más de 15 años, ha sido diagnosticada de Lupus, padeciendo los síntomas generales e inespecíficos de la enfermedad, según aparecen en páginas

de Internet: Cansancio, dolores articulares, parestesias erráticas,... Un análisis de sangre dio ANA+ (no sabe a qué titulación), positividad que nunca se ha repetido después. Tratamiento homeopático después del fracaso "culpable" de los médicos "que no la mandaron a tiempo al reumatólogo". El reumatólogo, que sí la vio por fin, ha concluido que "no se puede decir que tengas lupus pero tampoco que no lo tengas..."]

Me propongo, a partir de aquí, desarrollar la evolución de mi concepción de la histeria siguiendo el esquema que dibujé más arriba.

## CONFLICTO EDÍPICO, EL SUJETO "PEGADO" A SUS OBJETOS PRIMARIOS (PADRE, MADRE) Y A LA CASTRACIÓN.

Freud formula una hipótesis según la cual en la fantasía del niño existe un único sexo, presente en el varón, que se ve amenazado por su posible pérdida, y faltante en la niña, que se percibe como un hombrecito castrado y vive su falta, la falta de un pene, con envidia y resentimiento.

Por otro lado, los primeros objetos de amor (y rivalidad) que el ser humano tiene, proporcionan un campo de ensayo que será organizador (o desorganizador) para la personalidad del sujeto. La primitiva estructura en la que uno rivaliza con su madre (o padre) por la posesión de su objeto amoroso (padre o madre) y que no tiene salida en un escenario "normal", terminará con una renuncia a ese triunfo imaginario y su sustitución por identificaciones adecuadas con padre y madre[20] ("... y busqué una mujer

20 *Yo aprendí en el hogar en qué se funda*
*la dicha más perfecta. Y para hacerla mía*
*quise yo ser como mi padre era.*
*Y busqué una mujer como mi madre*
*entre las hijas de mi hidalga tierra.*
José Aº Gabriel y Galan.
Este poema, y su autor, hoy absolutamente olvidados, formaron parte de la educación sentimental de algunas generaciones de bachilleres españoles.

como mi madre entre las hijas de mi hidalga tierra...") Pero ¿qué ocurre si los fantasmas edípicos no abandonaron nunca a padre y madre? Si la madre se siente un varón castrado, si cree que la sexualidad es fálica y por tanto el deseo –y su satisfacción- sólo pertenece al varón, si no sabe en qué consiste ser mujer, ofrecerá a su hija una imagen identificatoria que contendrá esas "verdades". Israel lo plantea en forma paradójica: *"tales ejemplos...(se refiere a...las mentiras de la madre..: educar a las chicas en la seducción imponiéndoles la frigidez...) nos llevarían a considerar a la histérica como la cómplice irresponsable de una madre hostil a los hombres ..."..."y eso no puede satisfacernos..."* continúa Israël. Pues bien, eso es exactamente lo que yo creo que ocurre. La histérica es hija de una madre histérica.

Freud revolucionó la percepción de la histeria: De una clínica de la mirada él pasó a una clínica de la escucha. Se dejó de buscar el origen biológico para hacerlo con el origen biográfico.

"Todos somos histéricos" ¿Porqué? Porque la histeria es básicamente una metáfora de la falta, de lo faltante en el ser humano, confrontado desde el nacimiento a tolerar la falta. La ausencia de la completud narcisista en el bebé que llora de hambre y ha de admitir la externalidad del pecho; la conciencia de la temporalidad, que nos instala en la finitud y en la amenaza de la muerte y, finalmente, la sexualidad, la existencia del otro sexuado, sin cuyo acuerdo no se puede acceder al sentimiento de identidad ni a la satisfacción sexual, lo que confronta al sujeto con su dependencia.

El otro pilar freudiano para la comprensión de la histeria es el concepto de **conversión**: la angustia, producto, en su primera teoría, de la **libido trasmudada** y en la segunda del **conflicto** que el Yo soporta, es expresada por el cuerpo que se convierte así en el heraldo del drama histérico sin que, por otra parte, la conciencia se entere (este extremo será fundamental si queremos comprender la histeria y librarla de la lacra del histrionis-

mo, del pitiatismo, de la manipulación y del marco sadomasoquista en que se desarrolla su tratamiento).

La intolerancia al reconocimiento y aceptación de "lo faltante" conduce a la histérica a un verdadero **trastorno de la identidad**. La histérica no sabe quién es; porque, varón castrado, no conoce en qué consiste ser mujer. De esa manera, encontrará la identidad en los signos externos: la ropa, el peinado, el maquillaje, sobreactuadamente femeninos, en los comportamientos que culturalmente se atribuyen a la mujer. El histérico experimenta igualmente la insatisfacción de la falta: "*Lo que poseen los demás me parece preferible a lo que poseo yo*" como dice Israël.

Por otro lado, el fantasma de la ausencia está permanentemente expuesto en aquello que es más propiamente humano: **el deseo**. En una ecuación bien simple: ¿qué deseamos? Aquello que no tenemos. Y ¿qué sucede cuando se toma conciencia del deseo? Que nuestra falta queda al desnudo y que aparece una cesura, un agujero en nuestra completud imaginada que solo el Otro puede obturar. La histeria se encuentra en el ojo del huracán de esta problemática. Y, por tanto, los problemas sexuales y la apasionada insatisfacción de la histeria (en los que no entraré) están resumidos en aquella ecuación.

En la necesaria complicidad del entorno que toda histeria necesita para desarrollarse siempre se encuentra alguien dispuesto a gestionar el deseo de la histérica y, en este terreno, la medicina tiene mucho que decir: Intervenciones quirúrgicas, exploraciones invasivas, tratamientos encarnizados...

*[Un paciente histérico, un varón, llegó un día a su tratamiento, una vez que su intenso malestar depresivo había remitido, diciéndome: Convénceme para que siga; dame una razón por la que tengo que seguir viniendo..." Fue inútil invitarlo a que lo examináramos juntos, a que pensara en sus razones... Nada. Lo que él quería, lo que necesitaba, es que yo le diera "mis*

*razones", que le dijera porqué "yo quería" que él se tratara, que "gastáramos de mi deseo...". Ahí terminó su relación conmigo...]*

## MODELOS OPERATIVOS INTERNOS (INTERNAL WORKING MODELS, BOWLBY): LA HISTERIA POR IDENTIFICACIÓN.

Un modelo operativo interno es "un mapa cognitivo, una representación, esquema o guión que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno..."[21] . El término Modelo Operativo Interno "puede usarse para indicar todas las representaciones acerca del mundo y de nosotros mismos en él, construidas a lo largo de la experiencia, incluyendo personas, lugares, ideas, pautas culturales, estructuras sociales, etc."

Bowlby formuló su teoría del apego, como saben, proponiendo una modificación de la teoría freudiana. Para Freud, lo que une al bebé con su madre es un interés que se apoya en el placer que recibe de ella al ser alimentado. Para Bowlby, la conexión del niño con su madre tiene características innatas directas, es un vínculo instintivo primario.

Años después, los continuadores de la teoría describieron diferentes modalidades de apego que estaban en función de las características de la madre, de su propio estilo de vincularse. Se abrió así la perspectiva de **un modelo interaccional** de constitución del psiquismo en el cual el desarrollo de la personalidad es función de la relación con un objeto real, la madre o su sustituto, y no con un objeto *interno*, construido por las necesidades fantasmáticas del sujeto, como postulaba hasta entonces el psicoanálisis.

Lo que se interioriza son representaciones dinámicas de uno mismo y del otro, dinámicas en el sentido de que lo que se representa es "una

21 Marrone, M. (2002). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

escena" que incluye a uno mismo, al otro significativo y la modalidad de interacción entre ambos. Estos son los ladrillos que constituyen el edificio de la identidad y la historia del individuo .[22]

Estos modelos se reconstruyen y se reinterpretan a todo lo largo de la vida (sobre esta capacidad de reconstrucción se asentaría la capacidad mutativa de la relación terapéutica) pero es evidente que esa reconstrucción se hace sobre la base de los primeros modelos, adquiridos en las relaciones con los primeros personajes significativos, con los objetos de apego, en general padre y madre, que se constituyen por tanto en la piedra angular de la personalidad. En palabras de Bowlby: *"Cada individuo construye en su interior modelos operativos del mundo y de sí mismo y, con su ayuda, percibe los acontecimientos, pronostica el futuro y construye sus planes. En el modelo operativo del mundo que cualquiera construye, una característica clave es su idea de quienes son sus figuras de apego, donde puede encontrarlas y cómo puede esperar que respondan. De forma similar, en el modelo operativo de sí mismo, una característica clave es la noción de cuan aceptable o inaceptable aparece a los ojos de sus figuras de apego".*[23]

Y bien ¿qué puede aportar esta teoría a la comprensión de la histeria? Tal como yo lo entiendo, la histeria, más que ninguna otra patología, se forja en el crisol de las identificaciones primarias. Como lo explicaba más arriba, el histérico permanece fijado a sus objetos primitivos, nunca terminó de completar su camino hacia la autonomía psíquica, la "marca" de sus figuras significativas infantiles es fácilmente perceptible en sus "amores" adultos. La histérica es mucho más hija que esposa o que madre o que mujer, la presencia de los padres de la infancia es una presencia viva, emocionalmente activa. Los modelos operativos que guían sus relaciones

---

22 Este concepto no difiere en gran medida del de *Representación del Self y del Objeto*, propio de teorías psicoanalíticas actuales.

23 Bowlby, J. *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1973

actuales son, sin apenas transformación, los que adquirió en la infancia, por remota que sea. La figura del terapeuta aparece cargada de entrada con una pretransferencia en la que es fácil reconocer a sus figuras significativas. La histérica se someterá dócilmente a un padre autoritario, o aparecerá seductora frente a un padre incestuoso, o rivalizará de entrada con una madre frágil, o se mostrará cómplice de una madre seductora, personajes todos estos que el terapeuta se verá forzado a asumir. Todos estos movimientos colocaran al clínico en un escenario en el que, si no guarda cuidado, representará un papel obligado sin ni siquiera tomar conciencia de ello. De su pericia dependerá que lo use con provecho para el tratamiento.

Por ello mismo, la identidad de la histérica en sus muchos aspectos (qué y cómo es el cuerpo, qué es el género, en qué consiste ser mujer u hombre, qué es y cómo es la sexualidad, etc.) se habrá forjado en la relación con una figura de apego, la madre, que atribuirá -y transmitirá- a todas esas preguntas una respuesta "histérica".

## LA AYUDA DE LA NEUROCIENCIA.

Desde hace unos 10 años, mis intereses de lectura se han inclinado hacia la enorme cantidad de información que viene de los avances de la neurociencia. El libro de Joseph LeDoux, "El cerebro emocional", o el de Antonio Damasio "El error de Descartes" me abrieron los ojos a una manera diferente de ver la clínica.

De todas esas lecturas, quisiera proponerles la revisión de tres ideas:

- El "interprete" del cortex prefrontal izquierdo (Gazzaniga).
- La neurobiología de la emoción (Damasio).
- Las neuronas espejo (Rizzolati).

**El "intérprete".**

Michael Gazzaniga es un neurocientífico muy interesado en los mapas cerebrales, es decir, en la localización de funciones dentro de la anatomía del cerebro.

Gazzaniga demuestra, en primer lugar, la existencia de un cerebro automático que realiza sus tareas por fuera de la conciencia. *"Cuando creemos que sabemos algo –es parte de nuestra experiencia consciente-, dice Gazzaniga- el cerebro ya cumplió su tarea... Casi ajenos a nuestra percepción consciente, los sistemas instalados en el cerebro trabajan por si solos, automáticamente y concluyen su trabajo medio segundo antes de que la información procesada alcance nuestra conciencia"* .[24]

¿Cuánto tardamos en tomar conciencia de un estímulo? Esta pregunta, aparentemente difícil de contestar representa la clase de desafíos a los que se enfrentan los neurocientíficos.

Pero tiene una respuesta: Tardamos 500 milisegundos. Entre la aplicación de un estímulo directamente en la corteza cerebral y la percepción por el sujeto de ese estímulo transcurre medio segundo. Sin embargo, el tiempo de respuesta a un estímulo sensorial, es decir, recibido en la periferia corporal, es mucho menor. A veces, 20 milisegundos.

Es decir, que el cerebro actúa por nosotros antes de que ni siquiera nos demos cuenta y luego, gracias a otro dispositivo, nos proporciona la ilusión de que hemos actuado tras un proceso de pensamiento. (Más adelante volveré sobre ese dispositivo que es lo que Gazzaniga llamará El Intérprete).

Otro fenómeno que atestigua la existencia de un cerebro automático es precisamente **el fenómeno de la ilusión**. *"No vemos lo que nuestra retina percibe, dice Gazzaniga, vemos una imagen digerida y transforma-*

---

24 Gazzaniga, M. S. (1999). *El pasado de la mente*, Barcelona: Ed. Andrés Bello.

*da... por multitud de procesos involuntarios que ocurrieron antes de que se produjera nuestra percepción". A menudo percibimos ilusiones, nuestros sistemas cerebrales de percepción y atención "poseen dispositivos propios para ver el mundo de un modo que maximice nuestras expectativas de supervivencia".*

Tomemos un ejemplo muy conocido: La ilusión de las mesas de Shepard. (Figura 1).

Parecen diferentes pero no lo son. Les invito a que lo comprueben personalmente. Si no, en Internet encontrarán unas cuantas páginas que les darán la comprobación hecha (por ejemplo, en la página web de la universidad de Darmouth, en donde encontrarán muchísimos ejemplos de ilusiones ópticas o en la de Michael Bach, www.michaelbach.de).

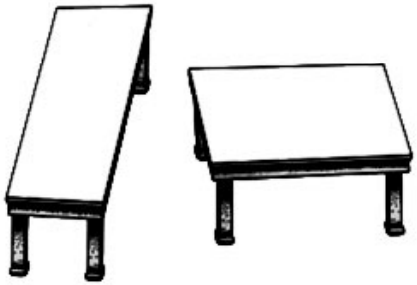


Figura 1. Ilusión de las mesas de Shepard. Ambas figuras tienen exactamente las mismas dimensiones pero su disposición espacial hace que nuestro cerebro las vea diferentes.

La explicación de este fenómeno está en el modo en que el cerebro procesa la información que recibe de una estructura bidimensional que es la retina para transformarla en una realidad tridimensional.

Pero ocurre que, aunque conscientemente podamos entender que las imágenes son iguales, ese conocimiento no altera nuestra percepción. *"El cerebro corrige automáticamente y nada puedo hacer al respecto"*. [De modo intuitivo, los maestros de la perspectiva ya en el siglo XV, sabían utilizar estrategias técnicas para crear ilusiones como ésta].

Esa era la técnica de Patinir. Al elevar exageradamente en el diseño la línea del horizonte, la sensación de profundidad que da la visión del paisaje es enorme. (Figura 2).

Figura 2. Joachin Patinir (1480-1524) El paso de la laguna Estigia.

Shepard, el autor del experimento de las mesas y de muchos otros semejantes *"opina que la selección natural modeló nuestros sistemas de percepción y cognición..."* Todo organismo, gracias a la selección natural, incorpora conductas y rasgos físicos que le permiten sobrevivir a las condiciones de su habitat...". El define el concepto de **espacio representacional** en el que toda criatura, grande o pequeña, vive sometida. [En psicoanálisis se recurre continuamente a la idea de representación interna, espacio psíquico,

realidad psíquica, en una aproximación al fenómeno que estoy tratando de describir].[25]

El experimento de las mesas y cientos de otros semejantes son un mínimo ejemplo de la evidencia de que el cerebro contiene miles y miles de **mapas** que se corresponden de manera ordenada con el mundo externo. En las zonas cerebrales que gobiernan la visión se han detectado al menos treinta mapas, cada uno de los cuales ejecuta tareas especializadas como la percepción de la movilidad, del color o de la forma. Este reparto de tareas se hace evidente en personas que han sufrido daños en zonas específicas y que muestran distorsiones perceptivas "insólitas", dice Gazzaniga.

Por ejemplo, se demostró que las áreas cerebrales que se ocupan de tareas de integración de las diferentes percepciones específicas en el campo visual (color, forma, etc.) están fuera de las áreas visuales, es decir, de la corteza occipital: están en el lóbulo parietal. Y así, un paciente con daños en esta zona experimentará un curioso fenómeno perceptivo: Verá los colores "revoloteando" fuera de la forma del objeto que los contiene.

En fin, podemos aceptar esta clase de demostraciones de la existencia de un cerebro automático para procesos mentales básicos. "*Pero, a medida que ascendemos a mecanismos cognitivos superiores, -dice Gazzaniga- suponemos que los dispositivos preinstalados en el cerebro ejercen menor actividad*". Parecería lógico pensar que solamente los procesos más básicos como, por ejemplo, unir color, forma, movilidad y sonido para identificar un pájaro, algo tan automático, vendrían preinstalados y no *"aquellos procesos asociados al juicio"*. Pues no. *"Nuestra vida consciente depende de todo tipo de procesos automáticos que ocurren en nuestro cerebro. Aunque no podemos influir voluntariamente en ellos, seguimos* ***creyendo*** *que controla-*

---

25 Vigotsky y Luria, en sus estudios de campo realizados en Kazakistan en 1931 y 1932, afirman que las tribus kazakas no tienen ilusiones ópticas lo que, para ellos, pondría en evidencia la importancia de la experiencia cultural en las funciones cognitivas.

*mos nuestros actos. A medida que nos alejamos de procesos básicos, como la percepción, y nos adentramos en temas más cognitivos, como la memoria, encontramos una separación aun mayor entre el trabajo del cerebro automático y la mente narrativa".* [26]

Digamos algo de la memoria. Gazzaniga utiliza un párrafo de las Confesiones de San Agustín para denunciar a aquellos que se fían de la memoria. San Agustín compara en ese texto la memoria con una gran bodega en la que guardamos "a buen recaudo" todos los elementos que los sentidos nos proporcionaron y que, más tarde, utilizaremos a placer. *"¡Si fuera verdad...!*, dice Gazzaniga. La idea es seductora: conduce a pensar que la mente aprovecha una bodega ordenada, abarrotada de cajas de recuerdos limpios, nítidos... Podemos evocar esos recuerdos: la cara de tu hijo, el teléfono de tu madre... y ahí la memoria es un buen instrumento. Hay quien cree, o quiere creer, que los recuerdos son representaciones fieles del pasado (el sistema judicial con sus testimonios, los psiquiatras con nuestras historias clínicas...). Pensamos también que los recuerdos, bajo ciertas condiciones, se reprimen. *"La puerta de uno de los armarios de la bodega se atasca por un tiempo. Pero, cuando se abre, se toma al pie de la letra todo lo que sale de allí, como si fuese una representación exacta de sucesos pasados... y son multitud los que no quieren creer que los recuerdos evocados puedan ser falsos, o confusos...* ["Ya no creo más en mi "neurótica", le escribe un desesperado Freud a su amigo Fliess en 1897. Habiendo asentado todo el edificio de la etiología de los síntomas histéricos en la seducción en la infancia por parte de un adulto, Freud tiene que rendirse a la evidencia de la distorsión del recordar].

Pero la memoria, desgraciadamente, no es un instrumento preciso. Basta llegar a mi edad para saber lo molesto que es el olvido de nombres propios, a veces, muy cercanos. O los lapsus...

---

26 Gazzaniga, M. S. Op. cit.

Pero más difícil es creer que la memoria funciona igual de torpemente en edades mucho más jóvenes. *"Desde la infancia..., el cerebro cocina historias falaces acerca de nuestro pasado. No puede evitarlo. La causa está en el modo en que nuestro cerebro está organizado para la función memoria"*[27]. No se sabe donde se almacenan los recuerdos, no se conoce ningún lugar en el cerebro semejante a la "bodega" de San Agustín. Durante mucho tiempo se creyó que había un lugar, o lugares, específicos para el almacenamiento de los recuerdos. A ello contribuyeron las experiencias de Penfield que, al estimular determinadas zonas mientras operaba cerebros de epilépticos, provocaba la aparición de recuerdos vívidos que mucho más tarde se demostraron falsos. Investigaciones más recientes demuestran que lo que se activa es alguna clase de recuerdo genérico o incluso falacias totales.

Una buena teoría sobre la distorsión de los recuerdos es que, para producir una memoria exacta, el cerebro tiene que resolver una serie de problemas tanto al codificar una experiencia como al evocarla. Un suceso cualquiera tiene lugar en un espacio, en un tiempo y en un contexto emocional, por lo menos. La teoría dice que basta con equivocar alguno de los elementos para producir un recuerdo falso.

Las discusiones, cotidianas, en un grupo, o en una reunión familiar, al recordar "cómo fue aquello" avalarían la existencia de una amplia red neural para el almacenamiento de la información.

Aquí se ha de invocar otra vez la presencia de un cerebro automático.

Acumulamos información explícita, conscientemente, cuando aprendemos un nuevo idioma, por ejemplo. O implícitamente, cuando mejoramos progresivamente nuestra competencia en un deporte, o en el baile, o en la destreza manual. Pero cuando tratamos de desentrañar el proceso

---

27 Gazzaniga, M. S. Op. cit.

de evocación, ahí nos vemos confrontados con la complejidad de nuestra vida mental.

Por ejemplo, es tal la importancia de un mecanismo tan difícil de deconstruir, tan complejo, como **la atención**, en el proceso de la memoria que hay videos grabados de personas que, involucradas en una actividad que requiera intensamente de la atención, no registran modificaciones evidentes del entorno. [En esta característica se basa, por ejemplo, la habilidad de los magos para provocar ilusiones...].

Pero el campo fundamental de Gazzaniga es la observación de pacientes con graves lesiones neurológicas accidentales o postquirúrgicas y, en concreto, en la situación cerebral en que quedan aquellos pacientes sometidos a la separación de los hemisferios cerebrales mediante la escisión del cuerpo calloso.[28]

Y dice Gazzaniga: *"Se han efectuado cientos de experimentos y sus resultados revelan que un hemisferio no tiene conciencia de los pensamientos y las percepciones del otro (el subrayado es mío). El hemisferio izquierdo está plagado de dispositivos que nos otorgan ventajas en el reino animal: es el cerebro dedicado al pensamiento y a la resolución de problemas. Los hemiseccionados parecen tener dos mentes .Lo que el hemisferio izquierdo aprende y piensa no lo sabe el derecho y viceversa*.[29]

Con la intención de conocer qué piensa el hemisferio izquierdo de lo que hace el derecho y basándose en un enfoque experimental que ahora les describiré, Gazzaniga y LeDoux descubrieron que el hemisferio izquierdo "*posee un mecanismo especial que interpreta las acciones y sensaciones generadas por sistemas dispersos por el cerebro*". De esta manera, el

28 Como saben, esta cirugía está indicada en epilepsias muy graves, rebeldes al tratamiento farmacológico y que, por la extensión o la localización inabordable del (o los) focos comiciales solo se benefician de la separación de ambos hemisferios con el fin de evitar la propagación de la descarga comicial.

29 Gazzaniga, M. S. Op. cit.

hemisferio izquierdo tiene un dispositivo que permite analizar los cambios emocionales o atribuir significado a una determinada conducta. Si le dices al silencioso hemisferio derecho "levántate y camina hasta la puerta" y cuando llegas allí le preguntas al izquierdo qué hace ahí, dirá, por ejemplo, que tenía sed e iba a por un poco de agua...

El hallazgo de este "intérprete" apareció durante la aplicación de tests a pacientes con el cerebro escindido. Se mostraban dos imágenes diferentes, una a cada hemicerebro y después se pedía a los sujetos que escogieran, entre una serie de imágenes, las que se correspondían con las primeras. Un ejemplo: *"Presentamos una pata de pollo al hemisferio izquierdo y una calle con nieve al derecho. La elección correcta de las imágenes subsiguientes era un pollo para la pata y una pala para la escena de nieve. Un paciente reaccionó correctamente eligiendo una pala con su mano izquierda y un pollo con la derecha. Cuando le preguntamos por qué había elegido aquellos elementos, su hemisferio izquierdo respondió: "Muy fácil. La pata de pollo corresponde al pollo y necesito una pala para limpiar el gallinero. El hemisferio izquierdo, observando la respuesta de la mano izquierda, elaboró la réplica más coherente con su ámbito de conocimiento, esto es, una que no incluye información alguna sobre la escena de nieve".*

*"Lo asombroso –continua Gazzaniga- es que el hemisferio izquierdo es perfectamente capaz de decir algo como "en realidad, no sé porqué elegí la pala; escindieron mi cerebro ¿recuerdas? Es probable que le hayas mostrado algo a mi hemisferio derecho, cosa que me sucede todo el tiempo. Sabes perfectamente porqué no puedo decir lo que motivó mi elección de la pala. Deja de preguntar tonterías" Pero no lo dice. El hemisferio izquierdo inventa una historia para convencerse y convencernos de que mantiene el control."*[30]

30 Gazzaniga, M. S. Op. cit.

El cerebro izquierdo que se pasa la vida preguntando como A se relaciona con B se encarga de aportar una base narrativa a las cosas que hacemos y a cómo nos sentimos [¿no les suena? En la detallada narración de la histeria, en su encarnizada convicción de por qué le pasa lo que le pasa, "son las cervicales, lo mío es el digestivo débil, lo que pasa es que he sufrido mucho en la vida y por algún lado me tenía que salir, los nervios se me agarran ahí, o allá" ¿no hay un trabajo exacerbado de ese cuentacuentos que es el cerebro izquierdo[31]? ].

El cerebro está construido para recordar la esencia de las cosas, no los detalles. Hay multitud de experimentos neurocognitivos que avalan esta idea. Algunos son impactantes. Y vuelvo a Gazzaniga.

*"En busca de la veracidad sobre los recuerdos reprimidos en la infancia, Steve Ceci, de la Universidad de Cornell, quería saber cómo reaccionan los niños a las sugerencias ajenas. Temía que los psicoterapeutas implantaran involuntariamente en la mente de los niños con problemas la idea de algún acontecimiento vejatorio que les habría ocurrido de pequeños[32]. ¿Pueden los niños llegar a creer en lo sugerido, aunque nunca haya ocurrido?*

*Ceci descubrió cosas sorprendentes. En un experimento, un niño en edad preescolar debe mirar una serie de imágenes, cada una de las cuales describe una experiencia real o ficticia de su pasado. Se le pide que elija una y el examinador la lee. Un ejemplo de suceso falso sería: "Metí el dedo en una ratonera y tuve que ir al hospital". A lo largo de diez semanas y en diversos encuentros, el examinador le dice al niño que piense atentamente y que confirme la veracidad del hecho. ¿Recuerda haber ido al hospital para que le*

---

31 *...y que el miedo del hombre...*
*ha inventado todos los cuentos.*
León Felipe.

32 Gazzaniga es aquí muy políticamente correcto en el lenguaje pero se está refiriendo a una "epidemia" que asoló Estados Unidos en los 80 de "falsos recuerdos de abuso sexual" en el seno de la familia que tuvo algunas consecuencias dramáticas.

*sacaran el dedo de la trampa? Si la respuesta es afirmativa, el examinador continúa con preguntas sobre el ingreso, las circunstancias, etc.*

El 58% de los niños examinados afirmó que por lo menos uno de los sucesos falsos había ocurrido y el 25% construyó narrativas falsas sobre la mayoría de los sucesos. Además los inventos se complicaban con el tiempo. Si en la primera y segunda semana, el niño sólo relataba el suceso, al cabo de diez semanas la narración incorporaba una cantidad de detalles. "Mi hermano me empujó y me caí sobre la ratonera. Me llevaron al hospital papá y mamá en el coche de mamá. Me pusieron una inyección. El médico me vendó este dedo..."

[Nada extraño en realidad. Los niños están, suelen estar, instalados cómodamente en el espacio transicional, que Winnicott describiera tan intuitivamente. En el espacio transicional donde las cosas no son verdad ni mentira o, en todo caso, eso es lo que menos importa, es donde se desarrolla la capacidad de juego y, finalmente, la capacidad de simbolizar. Tan reales son para un niño los Reyes Magos, con toda su parafernalia, los camellos que beben agua cuando entran por la ventana a dejarles los regalos, los pajes que se comen los mazapanes, etc. como su abuelo que vive lejos y al que ve dos veces al año. O más reales los Reyes Magos que el abuelo, yo diría].

Esta capacidad de construir narrativas que crecen y crecen está en el núcleo de la histeria. Una hipótesis fascinante: Según Ceci, de cada diez niños, seis construyen falsos recuerdos. Pero, ¿y los otros cuatro? Los seis fabuladores ¿serán los candidatos a la histeria de mañana?

Y por último ¿Cuál es la ventaja de poseer un instrumento semejante, este dispositivo que "interpreta" la realidad? La respuesta de Gazzaniga es la siguiente: *"La incesante capacidad interpretativa del hemisferio izquierdo busca siempre orden y razón, incluso cuando no los hay... si existiera un orden y no lo percibiera* [el cerebro izquierdo] *perdería la facultad de predecir acontecimientos"*. Y eso supone una seria desventaja evolutiva.

Será difícil que se admita una idea tan subversiva. Idea que, por otra parte, está ya absolutamente instalada entre los neurocientíficos. Si admitimos que el Yo (o el Self, o la autoconciencia) es el resultado de la actividad de una zona del hemisferio izquierdo (Gazzaniga) o el resultado de un dispositivo de sincronización perceptivo-motor localizado en el eje tálamo-cortical (Llinás)[33] ¿qué nos queda de nuestra -sobrevalorada- racionalidad?

Como psiquiatras, nos irrita la histeria, la desvalorizamos y atacamos a quien la sufre porque atribuimos intención a sus síntomas (quiere manipularnos, quiere llamar la atención, quiere...). Consideramos que es un producto del Yo, a cuyo control nada escapa, incapaces de admitir que el histérico nada sabe de sus expresiones sintomáticas, que son arbitrarias interpretaciones producidas por un dispositivo cerebral afinado por la evolución.

## LA NEUROBIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN.

De todo el cerebro automático, el que nos proporciona más trabajo hecho es el sistema emocional. Las emociones son un medio húmedo que condiciona sutil y continuamente todo lo que pensamos, y todo fuera de nuestra percepción consciente.

Llinás[34] incluye las emociones entre los Patrones de Acción Fijos, es decir, mecanismos reflejos elaborados que agrupan en un conjunto sincronizado otros mecanismos más simples. Este concepto es aplicable a las conductas motoras y también a las competencias sensoriales.

Damasio trata de entender cómo las emociones influyen en el conocimiento. El piensa que "*elegimos estrategias cognitivas porque las vísceras indican al cerebro qué ideas debería utilizar en cada situación..*" Las decisiones, según Damasio," *no se toman a partir de una mera planificación*

33 Llinás, R. R. (2003). *El cerebro y el mito del Yo*. Barcelona: Belacqua.
34 Llinás, R. R. Op cit.

*intelectual: requieren interacciones con el pasado. Y la historia personal posee un componente emocional, cincelado por el éxito o el fracaso en lo que hicimos o nos sucedió*[35]".

Damasio considera las emociones y los sentimientos -y establece una distinción entre ambos- desde el punto de vista evolutivo:

1. *Una emoción propiamente dicha, como felicidad, tristeza, vergüenza o simpatía, es un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo.*

2. *Las respuestas son producidas por el cerebro normal cuando detecta un estímulo emocionalmente competente (EEC), esto es, el objeto o acontecimiento cuya presencia, real o rememorada mentalmente, desencadena la emoción. Las respuestas son automáticas.*

3. *El cerebro está preparado por la evolución para responder a determinados EEC con repertorios específicos de acción. Sin embargo, la lista de EEC no se haya confinada a los repertorios que prescribe la evolución. Incluye muchos otros aprendidos en toda una vida de experiencia.*

4. *El resultado inmediato de estas respuestas es un cambio temporal en el estado del propio cuerpo, y en el estado de las estructuras cerebrales que cartografían el cuerpo y sostienen el pensamiento.*

5. *El resultado último de las respuestas, directa o indirectamente, es situar al organismo en circunstancias propicias para la supervivencia y el bienestar.*

35 Damasio, A. (2003). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.

Damasio construye una jerarquía basada en respuestas instintivas que, agrupándose, van a constituir lo que llamamos **sentimientos**. El progreso en la jerarquía se realiza del siguiente modo:

- Instrumentos innatos automáticos para la supervivencia
- Conductas de dolor y placer
- Instintos y motivaciones
- Emociones propiamente dichas

Este esquema encuentra una representación muy clara en el llamado **Árbol de Damasio**. (Figuras 3-11).

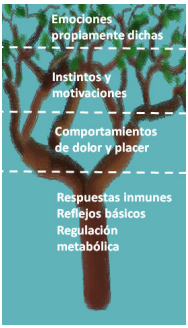



Figura 3.

Las emociones son "conjuntos complejos de respuestas químicas y neuronales que se combinan en un patrón distintivo". Están compuestas por elementos más antiguos en el desarrollo evolutivo desde la regulación metabólica hasta los instintos, pasando por los comportamientos de dolor y placer.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

Figura 4.

**Respuestas Inmunes**: Destinadas a proteger al organismo de invasiones potencialmente peligrosas desde el exterior (bacterias, virus) o desde el interior (sustancias liberadas por la destrucción celular).

**Reflejos Básicos**: Incluyen, por ejemplo, el reflejo de sobresalto que los organismos despliegan en reacción a un ruido o a un contacto perjudicial y los tropismos o taxias que hacen que los organismos se alejen del calor o frío extremos o de la oscuridad.

**Regulación Metabólica**: Componentes químicos y mecánicos (como secreción hormonal, contracciones musculares relacionadas con la digestión, la respiración, la circulación, etc.) imprescindibles para la conservación de la vida.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

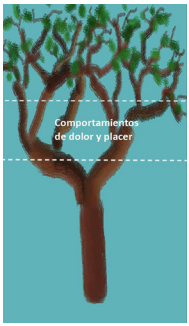



Figura 5.

**Comportamientos de Dolor y Placer**

Incluyen reacciones de acercamiento o retirada de todo el organismo en relación con un objeto o situación específica. En los seres humanos que pueden sentir e informar de lo que sienten tales reacciones se describen como dolorosas o placenteras.

El dolor provoca reacciones como expresiones faciales (alarma, sobresalto), movimientos de retirada y/o de protección. El placer (o el bienestar físico) se manifiesta mediante una motilidad tranquila y expresión facial de confianza y bienestar.

La sensación del dolor o del placer no es la causa de los comportamientos de dolor o placer y no es necesaria para que se den dichos comportamientos. Organismos muy sencillos llevan a cabo estos comportamientos emotivos sin tener ninguna capacidad de sentirlos.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

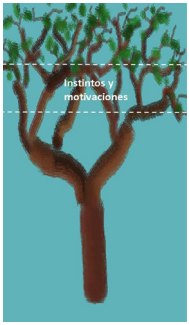



Figura 6.

**Instintos y Motivaciones.**

Incluyen hambre, sed, curiosidad, juego, sexo, etc. Spinoza los agrupó bajo un termino muy adecuado apetitos y, con gran refinamiento, utilizó otra palabra, deseos, para la situación en que los individuos conscientes se hacen sabedores de dichos apetitos.

"Es evidente que los seres humanos poseen los apetitos y los deseos conectados de manera tan inconsútil como las emociones y los sentimientos". Antonio Damasio, 2003.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org.*

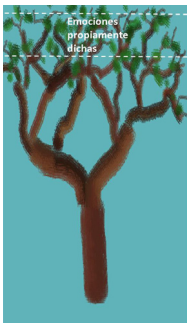



Figura 7.

**Emociones propiamente dichas**

Esta es la joya de la corona de la regulación automática de la vida: las emociones; desde la alegría, la pena y el miedo hasta el orgullo, la vergüenza y la simpatía.

A medida que vamos subiendo en los niveles del árbol, la emoción se hace finamente diferenciada, más capaz de responder al ambiente y a contextos sociales sutiles.

Sin embargo, todo el sistema se basa en respuestas de supervivencia, aunque estén inicialmente al servicio de la búsqueda del placer o de la evitación del dolor y no propiamente de la supervivencia.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

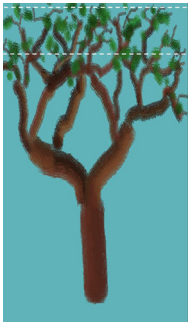


Figura 8.

**Tipos de Emociones propiamente dichas**

Emociones sociales

Emociones primarias

Emociones de fondo

*Modificado de www.phineasgagegroup.org.*

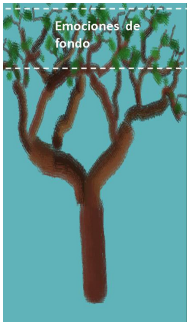



Figura 9.

**Emociones de fondo**

"Las emociones de fondo... consecuencia del despliegue de determinadas combinaciones de las reacciones reguladoras más sencillas (por ejemplo procesos homeostáticos básicos, comportamientos de dolor y placer y apetitos)... . Son expresiones compuestas de estas acciones reguladoras en la medida en que éstas se desarrollan y entrecruzan a lo largo de nuestra vida." Antonio Damasio, 2003.

"El resultado siempre cambiante de este caldero de interacciones es nuestro "state of being", bueno, malo o intermedio. Cuando nos preguntan "cómo estamos" consultamos este "state of being" y respondemos en consecuencia". Antonio Damasio, 2003.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

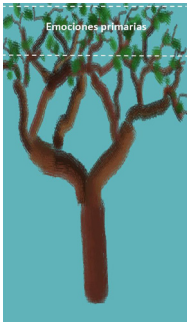



Figura 10.

**Emociones primarias**

Miedo, ira, asco, sorpresa, tristeza y felicidad: las que a uno primero se le ocurren cuando se cita la palabra emoción, fácilmente identificables en los seres humanos de numerosas culturas y también en especies no humanas. "No es sorprendente que la mayor parte de lo que sabemos acerca de la neurobiología de la emoción proceda del estudio de las emociones primarias. El miedo abre el camino, como sin duda Alfred Hitchcock hubiera predicho, pero la repugnancia, la tristeza y la felicidad progresan a grandes pasos". Antonio Damasio, 2003.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

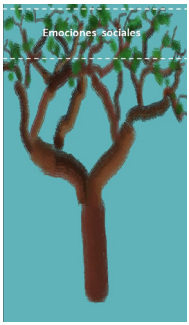



Figura 11.

**Emociones sociales**

Entre otras: simpatía, turbación, vergüenza, culpa, orgullo, celos, envidia y gratitud, indignación, admiración y desdén. "Como subcomponentes de cada emoción social se podría identificar toda una serie de reacciones reguladoras, junto con elementos presentes en las emociones primarias en combinaciones diversas (principio de anidamiento)" Antonio Damasio, 2003.

*Modificado de www.phineasgagegroup.org*

*En resumen, el contenido esencial de los sentimientos es la cartografía de un estado corporal determinado; el sustrato de sentimientos es el conjunto de patrones neurales que cartografían el estado corporal y del que puede surgir una imagen mental del estado del cuerpo. En esencia, un sentimiento es una idea: una idea del cuerpo y, más concretamente, una idea de un determinado aspecto del cuerpo, su interior, en determinadas circunstancias. Un sentimiento es una idea del cuerpo cuando es perturbado por el proceso de sentir la emoción.* A. Damasio, 2003.

Al utilizar la metáfora arbórea, Damasio dibuja un ejemplar proporcionado, de tronco recto, de ramificación simétrica y de crecimiento armónico.

Imaginemos ahora un ejemplar de tronco torcido (la regulación metabólica, los reflejos primarios, no se constituyeron de forma adecuada), cuyas ramas primeras crecen también de forma desproporcionada (los comportamientos de dolor y placer son erráticos, los instintos y motivaciones se han desvirtuado ¿y el hambre en la anorexia, y el sexo en la cultura represiva?), las emociones dejan de tener esa "diferenciación fina, más capaz de responder al ambiente y de adaptarse a contextos sociales sutiles " (Damasio) .

Creo que en la histeria, más que en ninguna otra patología, las emociones han sufrido ese mal crecimiento, profundamente desadaptativo, que las lleva a expresarse fuera de contexto, a colorear la vida saliéndose de los límites del discurso (al igual que en el paciente de la lesión parietal de Gazzaniga que vimos anteriormente, que veía los colores de un objeto "revoloteando" por fuera de su forma).

*Atiendo, desde hace aproximadamente un año, a una paciente que llora en cada sesión. Al principio, parecía que eran sus recuerdos penosos los que provocaban su llanto. Pero, a medida que ha transcurrido el tiempo y ya me contó todos sus traumas de infancia, cualquier pregunta, la evocación de*

*cualquier aspecto de su vida, pasado o presente, termina por contármelo entre mocos y suspiros. Más allá de la impresión irritante de puerilidad que esa conducta provoca, es una mujer inteligente, muy capaz y madura. Hemos intentado, aunque todavía no le hemos conseguido, "enderezar la rama" de su árbol emocional en la que está la pena.*

## LAS NEURONAS ESPEJO.

En los primeros años noventa del pasado siglo tuvo lugar un hallazgo en los laboratorios de neurociencia que, sin duda, revolucionó, y continuará haciéndolo, nuestra concepción del funcionamiento cerebral.

El hallazgo en monos de un determinado tipo de neuronas que se activaban no cuando el animal ejecutaba una acción sino cuando contemplaba cómo otro lo hacía, dio lugar a una línea de trabajo para encontrar la localización cerebral de nuestra capacidad "*antes aún que de la imitación, del reconocimiento y la comprensión del significado... de los actos de los demás*". [36]

El descubrimiento de las neuronas espejo ha supuesto un paso de gigante en la comprensión a nivel neural de los mecanismos que rigen nuestro comportamiento motor, en primer lugar, y más tarde, en los de las acciones con implicación del sistema emocional. En palabras de Rizzolatti y Sinigaglia, "*la comprensión inmediata, en primera persona, de las emociones de los demás posibilitada por el mecanismo de las neuronas espejo constituye... el prerrequisito fundamental del comportamiento empático que subyace en buena parte de nuestras relaciones interpersonales*".[37]

*"Sean cuales sean las zonas corticales interesadas (centros motores o visceromotores) y el tipo de resonancia inducida, el mecanismo de las neuronas espejo encarna en el plano neural esa modalidad del comprender que, antes*

36 Rizzolatti. G, Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo*. Barcelona: Paidós.
37 Rizzolati, G., Sinigaglia, C. *Op. cit.*

*de toda mediación conceptual y lingüística, presta forma a nuestra experiencia de los demás...,... El esclarecimiento de la naturaleza y del alcance del mecanismo de las neuronas espejo parece ofrecernos en la actualidad una base unitaria a partir de la cual empezar a estudiar los procesos cerebrales responsables de esa abigarrada gama de comportamientos que preside nuestra existencia individual y en la que toma cuerpo la red de nuestras relaciones sociales*".[38]

Para terminar y siguiendo con mi propósito de aplicar los avances de la neurociencia a una –posible- ampliación de la comprensión de la histeria, ¿en qué puede ayudarnos el hallazgo de las neuronas espejo? El carácter imitativo de la histeria, que le da esa propagación a veces epidémica, la persistencia –más allá de cualquier intento de comprensión metafórica- de sus aspectos plásticos, gestualmente hiperexpresivos ¿no tendría su base en la acción del sistema de las neuronas espejo?

---

38 Rizzolati, G., Sinigaglia, C. *Op. cit.*

*La actividad psicoanalítica es muy ardua y exacta, y no puede usarse de ella como de unas gafas que nos ponemos para leer y nos quitamos para salir de paseo. Por lo regular, el psicoanálisis acapara enteramente al médico o le deja fuera de sus ámbitos. Los psicoterapeutas que se ocupan también ocasionalmente del análisis no poseen, que yo sepa, firme base analítica; no han aceptado del todo el análisis, sino que lo han aguado, o le han quitado el veneno, y no pueden ser contados entre los analistas. Lo cual es de lamentar, según pienso.*

Sigmund Freud. 1932.

# LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DE LA HISTERIA[39]

NORMA TORTOSA [40]

Hablar de histeria en Psicoanálisis implica trasmitir un nudo de problemáticas teórico-clínicas que constituyen el origen de la teoría psicoanalítica en su conjunto y fundamentalmente, el descubrimiento del Inconsciente. Por ello no es una tarea fácil. Comenzamos afirmando que histeria y psicoanálisis mantienen una alianza original, porque no se puede separar el tratamiento de las primeras pacientes histéricas de Freud de la elaboración de su teoría sexual, de su concepción del síntoma y de la fantasía, de sus teorías del complejo de Edipo y castración. La clínica de la histeria condujo a la formulación del Inconsciente como concepto y como objeto de estudio.

La histeria evoluciona según la época, la nuestra puede caracterizarse por el derecho a la libertad sexual y al goce, por tanto, la sintomatología de la neurosis histérica adopta un estilo acorde a las circunstancias. Si bien ya no se presentará con las apariencias de la moral victoriana, sus modos de actualización dejan intactos ciertos invariantes de la estructura histérica, que permanecen fijos más allá de las caras con que se propone a la experiencia clínica.

El sujeto histérico presenta una inclinación favorable a los síntomas de conversión y un predominio de formación de síntomas fóbicos acompañados de estados de angustia.

Esta neurosis tiene expresión manifiesta en variadas perturbaciones, algunas somáticas que comprometen la motricidad, como contracturas

39 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 20 de febrero de 2008 en el Hospital "de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria"

40 normatortosa@terra.es

musculares, trastornos en la marcha, parálisis de miembros o faciales; perturbaciones de la sensibilidad, como jaquecas, dolores, anestesias en alguna zona corporal localizada, y sensoriales, como trastornos de la visión o ceguera, afonía, tos, trastornos auditivos o sordera, etc. Otras afecciones, como insomnio, desmayos, alteraciones de la conciencia, memoria o inteligencia, ausencias, amnesias, etc. Formas de expresión casi siempre pasajeras, no tienen una causalidad orgánica definida y la parte del cuerpo implicada no responde a razones anatómicas ni fisiológicas, ya que Freud se refiere a un cuerpo erógeno y a una anatomía fantasmática cuyos determinantes causales el paciente desconoce.

En los "Estudios sobre la Histeria", escritos correspondientes a sus primeros momentos de investigación (entre 1893-95) encontramos un historial clínico que preludia la formalización sobre la histeria que sólo podrá fundamentar años más tarde. En él describe el proceso de la cura con una metáfora comparativa del analista con el arqueólogo, que descubre paulatinamente las capas sucesivas de una civilización.

En este caso demuestra la eficacia simbólica del síntoma como expresión de ciertas frases que en un momento determinado de su historia, la paciente no pudo pronunciar, un no-dicho oculto por la actividad de la represión.

Se trata de Elizabeth von R., joven de 24 años que padecía una incapacidad para mantenerse en pie y para caminar. Era la menor de tres hijas, muy ligada a sus padres. Su madre sufría alteraciones nerviosas y una afección ocular; estaba más apegada al padre, un hombre que según ella, sabía disfrutar de la vida y que la veía como a un hijo-amigo con el que podía dialogar, "privilegio" que dotó a Elizabeth de una gran soltura intelectual. Además, él presagiaba que por su modo de ser, le costaría encontrar marido. Tampoco ella estaba a gusto con su feminidad, quería emprender ambiciosos estudios y pensaba que casándose, perdería liber-

tad para concretar sus proyectos. Renunciar a los hombres para perseguir sus ideales, sacrificarse por amor a un hombre, son ideas que aparecen reiteradamente en su discurso.

Por aquel entonces Freud hacía hincapié en la recuperación de los recuerdos olvidados y buscaba los sucesos traumáticos que habían desencadenado la histeria y los mecanismos de conversión, es decir, la incidencia de un pasado penoso como determinante de la formación del síntoma somático.

Freud hacía coincidir los comienzos de la neurosis de su paciente con la enfermedad de su padre, cuando ella tendría 18 a 20 años. Actuando como su enfermera, no podía mostrarse triste, ni expresar alegría por algo agradable que le pudiera suceder, hasta terminar agotada por haber soportado tanta carga emocional.

Observó en este esfuerzo por contener afectos que no son descargados el fundamento de una histeria que llama "de retención", retención que colabora a la formación del síntoma. Pero aún no lo atribuye a una verdadera represión como mecanismo inconsciente característico de la histeria, sino a una especie de segregación dentro del campo de la conciencia misma, como una supresión de algo desagradable. Aquello que no se puede expresar, si más tarde se reactiva, será entonces reprimido y producirá síntomas.

En ese penoso período de la vida de Elizabeth surgieron los dolores en la pierna. Pero puede enlazarse con algo más que ocurrió, cuando dejó al padre por un rato al aceptar la invitación de un chico que la cortejaba, pensando que por él, bien podría hacer el "sacrificio". A su vuelta el padre se había agravado y ella tomó la drástica decisión de no volver a verle. Freud explica que ese conflicto de incompatibilidad se hizo insoportable: el estado de embriaguez enamorada y la dolorosa situación del padre produjo la represión de la representación erótica y la conversión del afecto,

desplazado al cuerpo como un dolor físico. El dolor amoroso convertido en dolor corporal.

Vemos que en la cura, analista y paciente producen la reconstrucción de momentos vividos que no están presentes como recuerdo acontecido en una ilación cronológica determinada.

Después de la muerte del padre se instaló un período de duelo, aunque también acompañado de sentimientos de liberación, choque emocional que nuevamente produjo un conflicto. Un corto tiempo de agotamiento precedió a la aparición de la histeria "cuya semilla, dice Freud, se sembró mientras se prodigaban los cuidados".

Por entonces, Elizabeth deseaba mostrarse ante su madre como siendo capaz de restablecer la felicidad perdida. Pero nuevos problemas se lo impiden, se agrava la enfermedad ocular de la madre, se casan las dos hermanas, la mayor se aleja de la familia y la otra hace un feliz matrimonio con un hombre del que Elizabeth piensa que sabe complacer el espíritu delicado de las mujeres y la reconcilia con la institución del matrimonio, ya que deja de considerarlo como un sacrificio.

El punto de partida de Freud para determinar la etiología de la histeria en este caso, es el amor reprimido de Elizabeth por su cuñado.

En el período de la neurosis instalada, entre los 22 y 24 años, Freud describe ciertos hechos que fijan los síntomas de conversión:

La pareja feliz, Elizabeth y su madre veraneaban en un balneario, ya aliviadas de los pesares se disponen a disfrutar. Se observa el surgimiento de los síntomas en un momento de bienestar y felicidad. Elizabeth da un paseo a solas con su cuñado, su hermana embarazada no les acompaña porque no se siente bien. Feliz en esta situación, le acometió el deseo "de poseer un marido que se pareciera a aquel". Cuando todos se marcharon, Elizabeth permaneció allí con su madre y volvió sola a dar un paseo por los lugares antes recorridos; es entonces cuando aparecieron los dolores

con mayor virulencia. Ese día recibieron una llamada de urgencia de la familia de su hermana comunicando que se encontraba mal por alguna complicación del embarazo, y Elizabeth imagina lo peor. Tras un largo viaje en tren, llegan a destino cuando su hermana ya había muerto. Como un relámpago tiene una idea idéntica a la que tuvo dando el paseo con su cuñado: "ahora él ha vuelto a ser libre y yo puedo convertirme en su mujer:" Este hecho de la historia da, a posteriori, todo su sentido a la enfermedad conformándose la trama de la neurosis en su conjunto, porque si bien este último episodio está lejos en el tiempo de las primeras formaciones del síntoma, es la clave para el desciframiento de todo su padecer.

Podemos observar detrás de los contenidos reprimidos, un deseo erótico, aunque precediendo al deseo por el cuñado está, por cierto, el deseo hacia el joven y más allá de éste, como determinante estructural, su amor por el padre. Freud no tenía aún conceptualizado el complejo de Edipo pero se hace evidente en sus propios comentarios al caso: un gran apego al padre y también una identificación con él que se expresa mejor a su muerte, cuando Elizabeth quiere salvar a su familia y ocupar el lugar del padre junto a la madre, deseando darle la felicidad que aquel no pudo. Conflicto edípico que también se hace manifiesto en la alternancia de las identificaciones masculinas y femeninas de la paciente.

Señalaré algunas manifestaciones clínicas relacionadas con la sexualidad:

El síntoma se localizaba en la cara anterior del muslo derecho, constituyendo una zona dolorosa que Charcot había denominado zona histerógena, definiendo así una parte del cuerpo cuya excitación provoca una crisis histérica. Freud modificó esta afirmación que universaliza las zonas afectadas como invariables de un sujeto a otro, dándoles un carácter singular y siendo determinadas por los hechos de la historia de cada sujeto. Afirmó que la histeria podía afectar también a los hombres, que

el síntoma se originaba en un trauma psíquico y su sentido derivaba de acontecimientos significativos de la vida.

La zona histerógena también constituía una zona erógena, ya que su excitación no sólo producía una crisis histérica sino que incluso equivalía a una excitación erótica. Estas novedades que Freud aporta describen a la anatomía del síntoma histérico como subjetiva o fantasmática y no correspondiente con la anatomía objetiva.

La organización topográfica de los dolores estaba asociada con escenas penosas. Por ejemplo, Elizabeth recuerda que cuando llegó su padre aquejado por una crisis cardíaca, ella estaba de pie junto a la puerta de su casa y quedó como "clavada" en su sitio. La fijación del síntoma se relaciona a la inmovilidad provocada por el horror y es asociada a los dolores estando de pie.

Freud otorga a esta parálisis funcional psíquica la cualidad de "simbólica", porque se forma a partir del valor de ciertas expresiones fijadas en el lenguaje corriente. Por ejemplo, Elizabeth se quejaba reiteradamente de haber sufrido su "soledad", término que en alemán también significa "estar de pie sola" y cuando expresaba su frustración por no poder conseguir la armonía familiar perdida, insistía penosamente en que "no lograba avanzar un solo paso", lo que también significa "no puedo salir de este lugar". En todas estas frases que Elizabeth repetía en sus sesiones, se hace evidente la relación con la función de andar. Sus piernas hablaban por ella y aludían a la representación de una escena intolerable, razón por la cual había sido reprimida, alejada de la consciencia, relegada a otro ámbito que no podemos conocer de forma directa y al que Freud designará como inconsciente.

La histeria es el resultado de una defensa, la represión, pero lo reprimido siempre retorna, en este caso bajo la forma de síntomas que se originan por el rechazo de ciertas representaciones de contenido sexual, muy

cargadas de afecto, que resultan insoportables. Este es el fundamento del concepto freudiano de inconsciente, un inconsciente que se produce en el marco de una reflexión sobre la sexualidad, en la experiencia clínica con sus primeras pacientes histéricas.

## LA CONVERSIÓN HISTÉRICA.

Toda neurosis, desde el punto de vista de los síntomas manifiestos, podrá ser descripta como una entidad clínica definida, pero si la abordamos desde una perspectiva intersubjetiva, podremos concebirla como un vínculo patológico que el neurótico establece con el otro y que también se jugará en la relación con el analista, a nivel de la dinámica de la transferencia durante el proceso de la cura.

El sufrimiento neurótico expresa en los síntomas una inadecuada manera de defenderse de la realización inconsciente de un deseo vivido como intolerable y peligroso, sustituyéndolo por un sufrimiento consciente, dolor que resulta más soportable al haberse convertido y expresado como trastornos en el cuerpo en el caso de la histeria.

El valor metafórico del síntoma radica en el hecho de ser un mensaje cifrado que el sujeto ignora, aunque esté inscripto en su propio cuerpo: este lenguaje somático es retraducido en la cura al lenguaje de las palabras.

Respecto del origen de la histeria, Freud en un principio pensaba que el histérico había sufrido una experiencia sexual temprana en la primera infancia; habría sido violentado por la seducción real de un adulto que le ocasionó un trauma psíquico inicial. Un importante giro teórico se produce en 1897: lo traumático ya no se origina en la intromisión sexual real de un adulto sobre el cuerpo del niño, sino que éste posee una superficie corporal erógena en la que destacan ciertas zonas privilegiadas de mayor excitación (zonas erógenas). Cuerpo pulsional que pertenece a un sujeto

deseante, y por lo mismo expuesto a precoces vivencias que lo someten a una tensión excesiva. La maduración sexual siempre se despliega ocasionando sufrimiento psíquico, porque la intensa sexualidad autoerótica infantil supera los recursos psíquicos actuales. Por ello puede ser considerada "patógena", razón por la cual quedará más tarde sometida a la represión pudiendo dar origen a determinados síntomas somáticos.

Por estas conclusiones Freud llega a abandonar la teoría traumática de la seducción real, dándole un lugar privilegiado en su escucha al carácter fantasioso de las seducciones que los histéricos adultos reiteradamente relataban como un hecho acontecido y sufrido en la infancia.

El trauma real cede su lugar a la fantasía inconsciente, siempre relacionada al Complejo de Edipo, desde ahora definido como "complejo nuclear de la neurosis" y la creencia en la perversión paterna quedará sustituída por la afirmación rotunda de que "la fantasía sexual gira siempre en torno al tema de los padres".[41]

La caída de la imagen del padre seductor y la promoción de la imagen del padre edípico que prohíbe el incesto, pone en primer plano los deseos transgresores del hijo y sustituye el determinismo de la realidad material por la verdad de la realidad psíquica. En este movimiento el síntoma es efecto de ciertos conflictos en la resolución edípica, ligada a las vicisitudes del complejo de castración.

La etiología de la histeria de conversión pudo ser explicada entonces desde una fantasía inconsciente generadora de angustia. Angustia que ante el fracaso de la represión puede expresarse en el trastorno de una zona corporal.

La erogeneidad es una capacidad que posee toda región corporal de constituir una fuente de excitación sexual y el cuerpo puede comportarse en toda su extensión, como una zona erógena.

---

41 Carta 69

Cuerpo erógeno en el que se inscribe el deseo y lo expone al peligro de su cumplimiento absoluto, el goce incestuoso, que de realizarse, atentaría contra la integridad del ser. Esta es, en última instancia, la idea insoportable que sólo puede ser atenuada mediante la construcción de aquellas escenas imaginarias que se despliegan como fantasías inconscientes, también portadoras de placer.

Cuerpo erógeno o sexuado en el que puede producirse la separación de una parte, la genital, que queda anestesia, como la frigidez femenina o sometida a inhibiciones sexuales importantes, como en la eyaculación precoz en el hombre (que trataré más tarde en un fragmento del análisis de un caso). Simultáneamente, el resto del cuerpo estará sometido a una excitación generalizada.

## CASO CLÍNICO.

Carlos tiene 32 años cuando me consulta. De entrada plantea su desconfianza, reticencias al análisis y su deseo de hacer una psicoterapia de una sola sesión semanal, teme que un análisis lo desestabilice ya que es muy lento y él tiene "urgencia" de sentirse bien y también "urgencia" de tener una relación de pareja.

Comentaré algunos datos significativos de su historia:

Fue enurético hasta los 14 años; a veces padece eyaculación precoz. Sin embargo, manifiesta haber tenido relaciones sexuales completas y satisfactorias en su adolescencia. Se queja de que las chicas siempre lo dejaban por otro. Más tarde se interesó por las que tenían novio o marido. O sea que al paciente no le faltaban mujeres. Describe cómo se obsesiona con algunas o se enamora perdidamente de otras pero no sabe

cómo abordarlas; también puede mantener relaciones temporales pero terminan en el desinterés o la frustración. Habla de las mujeres que "lo quieren seducir", "que van a por todas", con las que él no siente nada. De las que lo rechazan, él se enamora, mientras que, con las "disponibles" no articula respuesta.

Cuando me consulta está enamorado de una chica que le posterga las citas y angustiado por su rechazo. Se acaba de enterar que tiene novio, cosa que según dice ignoraba y se queja de poner toda su energía en alguien imposible. Se siente desolado y piensa que si no la consigue, ya no va a haber nadie que le atraiga de esa manera.

El paciente muestra una cierta complacencia en la dramatización, exageración de la emotividad y perseverancia en el discurso quejoso, pero no advierte en estos estados algo del cuestionamiento de su virilidad. Si bien acude urgido por los avatares de su sexualidad, no relaciona su sufrimiento con el reto que le supone concretar una relación genital.

En las entrevistas se queja de convertir las relaciones con las mujeres en "amistosas", lo que deja al descubierto que "deberían ser amorosas", porque la distancia tiene como contrapartida el deseo inconsciente de concretar el encuentro de forma precipitada, ya que si se detiene en preliminares, sucederá el fiasco o perderá las ganas. Porque sabe de antemano, y si espera podrá amargamente constatarlo, que la penetración desemboca -a la corta- en la eyaculación precoz. Sabe también que esta frustración que se repite está enlazada a una fantasía que por ahora, sólo puede enunciar como miedo, horror a no dar la talla.

Desde el comienzo, advierto su actitud fóbica y el temor al contacto, así como fantasías de desintegración en el encuentro con otro, que señalo para situar la contradicción, entre el deseo imperioso con que se plantea una relación y la toma de distancia; así, tiene urgencia en curarse pero sólo quiere una sesión.

El paciente se muestra exigente, quiere encontrar en mí a quien solucionará su problema por él, está irritado, harto de lo que le pasa. Al principio mostraba en la transferencia un estado de insatisfacción y descontento, porque más allá de mis palabras, estaba a la expectativa de mi falta de solución a sus problemas y pasivamente iba creando una escena en la que su personaje era trágicamente defraudado, difícil de tramitar en las sesiones.

Daré otros datos de su historia: Su madre tenía "crisis depresivas". Recuerda que se pasaba semanas en cama encerrada en su cuarto a oscuras y haber sido rechazado cuando se le acercaba, en contraste con otro recuerdo en el que se veía siempre en brazos de su madre, besándolo.

Un hermano de su madre, psicótico, ingresado en un psiquiátrico desde muy joven, murió cuando él tendría 10-12 años. Dice haberse enterado en ese momento de su existencia y haber crecido escuchando secretos.

De su padre, un profesional prestigioso que ganaba mucho dinero, no se sabe si con buenas artes, dice que lo trataba como a un idiota, que lo menospreciaba y no esperaba nada de él, ni aún cuando le mostró orgulloso su título universitario creyó que hubiera podido terminar una carrera. "Mi padre estaba siempre "por detrás" de todo lo que yo hacía, haciéndome creer que todo se lo debía a él" Según Carlos, "le había prometido" presentarle contactos de trabajo para comenzar a ejercer pero nunca lo hizo: "Yo pensé que me iba a montar en su caballo y me dejó tirado, aunque él tampoco estaba ya en circulación."

Le señalo que anhela que el padre cumpla una promesa pero no cree en él, dice que no está en circulación, sin embargo él insiste... quiere que le de lo que piensa que no tiene.

Las fantasías acerca de sí mismo, ser tonto o loco, aludirían a la fantasía inconsciente materna: su temor a tener un hijo igual que su hermano. El paciente parece identificarse, en su destino genealógico de único hijo varón, a ese tío esquizofrénico.

La fórmula de la psicoterapia duró unos meses hasta que pudo expresar una clara demanda de análisis después de un sueño del que despierta angustiado creyendo haberse orinado mientras dormía. Ese día tenía que presentar un trabajo y demostrar su capacidad ante los jefes de una importante empresa. Le señalo la coincidencia. Me dice que su mayor angustia había sido por temor a que se presentara alguien de improviso y descubriera su cama mojada. Sabía que era imposible que adivinaran sus pensamientos, pero le aterraba que alguien pudiera enterarse. Como de pequeño, cuando su madre protegía con un plástico el colchón y si venía algún amigo temía que se sentara en su cama y que por el ruido se diera cuenta.

El síntoma infantil, la enuresis, se repite en el sueño de angustia como otra forma de expresión del mismo padecimiento. Interpelado por un no-saber acerca de sus síntomas, comienza a articular su pregunta acerca de sí mismo, cuando reconoce necesitar más sesiones y acepta iniciar el análisis.

Empezamos a ver que algo de su deseo inconsciente pasaba por ser denigrado por un hombre. En la relación con su jefe actualizaba una posición pasiva con el padre de carácter vejatorio, "darle por detrás" para humillarlo. Fiel al anhelo infantil de cumplimiento de la promesa paterna, se mantiene anclado en la vertiente negativa del complejo de Edipo.

En esta línea, interpreto el deseo que tanto le angustia de que un representante paterno constate en la realidad, aquello por lo que se sintió acusado en la fantasía: ser impotente, ser descubierto en su sucia intimidad y despreciado por ello, "con justa razón".

Establezco una correlación entre: enuresis = angustia de castración = impotencia = eyaculación precoz, que iremos viendo en el curso del tratamiento.

Coincidiendo con los inicios del análisis comienza una larga etapa de ruptura con su jefe vivida con gran dramatismo, en la que se juega la se-

paración de su padre con una enorme ambivalencia, entre la idealización y el odio por el sometimiento. Etapa de intensa agresividad, culpa, fantasías de robos mutuos, en la que el paciente permaneció en lucha hasta el final, con la expectativa de lo que su jefe aún le podría garantizar para continuar trabajando con él. Expresaba frases como éstas: "temo a la tentación del demonio"; "si me propone algo, decir que no me costará mucho".

En este período la transferencia se jugará en una modalidad pasiva, como queriendo convocar una intervención castradora: se siente débil y fracasado, discurso repetitivo en el que exhibe su impotencia ocultando una doble intención: paralizarme o violentarme. Ahora soy yo la que está "por detrás".

Trae otro sueño con una chica que le gusta: la persigue por la calle, pero andaba rápido y no la podía alcanzar. Ella sube en ascensor y él corriendo por la escalera. Siente miedo de ser visto, que descubra que la sigue. Ella pasa a su lado, él se da vuelta y se tapa la cara.

Dice que tanto se angustia por desear a una mujer, como cuando la puede tener, que no siente nada.

Le respondo que el "taparse la cara" podría referirse al temor a que una mujer descubra su deseo hacia ella, como si eso estuviera mal o fuese una vergüenza.

Entonces recuerda el sentimiento del sueño, que su deseo era en realidad, por un hombre y que también sentía que estaba equivocado, que tenía que desear a una mujer. No había imágenes, sólo el deseo de querer a alguien y el pensamiento: "no tiene que ser un hombre".

Yo subrayo: no sabe si desea como un hombre o como una mujer...

Dice que teme que la chica descubra que la sigue obsesivamente, siente miedo a que se vea su locura, haciendo una clara referencia a mi lugar transferencial y al mito familiar que le antecede.

Carlos hace como el avestruz, esconde la cara, nada quiere saber de su deseo ni del deseo del otro; el deseo sexual equivale a realización inces-

tuosa, a locura. Fantasía presente en la identificación con el tío, quien aparecía en los relatos de la madre como habiendo sido sexualmente violento con ella.

Los mitos que entretejieron la estructura familiar y que fueron configurando la fantasmática singular de este paciente, muestran su encrucijada indentificatoria edípica: identificado a la madre deprimida, era idiota, impotente, homosexual... mujer. Desde esta posición estaba en desventaja frente a un padre idealizado y omnipotente al que justificaba en su desprecio. La vía masculina quedaba abierta por el lado del tío, facilitada por la novela familiar y la trama fantasmática de las imagos parentales que él asumía en el encuentro con la mujer, a través del síntoma inhibitorio con el que aplacaba los fantasmas incestuosos de locura y violencia sexual.

Desde una identidad confusa, el paciente se debatía entre múltiples identificaciones pasando de la posición masculina a la femenina y a veces ocupando el lugar de tercero excluido respecto de una pareja, ya que con frecuencia se interesaba por mujeres relacionadas con otro hombre. Inmerso en una situación conflictiva, desplegaba una escena dramática en la que generalmente salía perdiendo; sumido en la tristeza de no poder nombrarse como sujeto sexuado masculino o femenino, sólo le quedaba el recurso de la soledad.

## ACERCA DE LA BISEXUALIDAD.

Freud dirá que por su constitución, los seres humanos tendrían disposiciones sexuales masculinas y femeninas, que se expresarían en los conflictos de los sujetos para asumir su propio sexo.

Esta bisexualidad biológica contrasta con su postulado acerca de la existencia de una fase de la organización sexual infantil, llamada fase fálica, que enuncia como la primacía del falo para ambos sexos, anterior

a la simbolización de la diferencia y a partir de la cual podrá explicar el complejo de castración.[42]

Una vez atravesada esta fase fálica podrá definirse masculino y femenino, datos que en la teoría freudiana no están dados de antemano, son metas de un desarrollo sexual no sólo distinto para cada sexo, sino también asimétrico. Los deseos y los rasgos psicológicos infantiles se resignifican como masculinos y femeninos "a posteriori", una vez transitado el complejo de Edipo, en la fase genital de la pubertad.

En cualquier caso, Freud no teoriza sobre la formación de hombres y mujeres sino que plantea la sexualidad en términos de construcción: " *la masculinidad y la feminidad puras siguen siendo construcciones teóricas de contenido incierto*".[43] Y puede pensarse que esa disposición bisexual de la que habla, no se trataría tanto de una combinación de características de ambos sexos, ya dados de antemano como masculino y femenino, sino una referencia a la sexualidad infantil dominada por el polimorfismo pulsional y el desconocimiento de la diferencia.

Freud también se refiere a la bisexualidad en *El Yo y el Ello*, haciéndola intervenir en los destinos del complejo de Edipo que aquí define como Edipo completo. El acento recae sobre las identificaciones posibles que resultan de su desenlace, ambivalentes hacia los dos padres en ambos sexos. La sexualidad humana se inscribe a través del deseo, es una sexualidad edípica.

Será el complejo de castración el que introduzca la diferencia y del que dependerá el devenir sexual: la posibilidad de asumir uno u otro sexo y la apertura del deseo a objetos exogámicos. Todo sujeto está marcado por

---

42 Freud, S. (1923). La organización genital infantil, En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIX , Tomo XIX, pág. 146.

43 Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica entre los sexos. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIX, pág. 276.

una ley que dicta este ineludible complejo y le garantiza la construcción de su propio deseo en relación a los deseos sexuales preexistentes en sus padres (más o menos atado o desligado de ellos).

Las fallas en la función paterna le hacen difícil a Carlos acceder a la virilidad, aún los propios triunfos en sus actividades son vividas por él como éxitos culpables y su superyó actúa como si lo fuesen. Al no haber tenido una imagen de padre con capacidad para soportar su hostilidad, la culpabilidad lo conduce a la búsqueda del autocastigo en el síntoma.

El paciente pudo sin embargo realizar sublimaciones intelectuales y profesionales exitosas, pero no podía vivir sexual y afectivamente como un adulto. Se sentía inferior ante los hombres que identificaba inconscientemente con su padre, aparentando ser un "hipergenital" ávido de relaciones con mujeres de las que se apartaba rápidamente, impotente en sus tentativas de coito debido a la asociación inconsciente con el objeto incestuoso.

## LOS DOS TIEMPOS DEL SÍNTOMA: ENURESIS Y EYACULACIÓN PRECOZ.

Según D. Fenichel[44], la enuresis como equivalente masturbatorio es un síntoma de conversión que representa una expresión pregenital de deseos prevalentemente genitales.

La describe como una descarga sexual: la micción tiene para el niño el papel de una actividad autoerótica que le reporta una satisfacción erótico-uretral.

Si la enuresis coincide con la constitución del complejo de Edipo, servirá a la descarga de los deseos incestuosos a la manera de la masturbación. Pero como en otros síntomas conversivos, se jugarán varios deseos

44 Fenichel, D. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.

intermedios entre el complejo de Edipo reprimido y los síntomas finales erótico-uretrales, por ejemplo frecuentemente la enuresis expresa fantasías sexuales del sexo contrario: el niño, orinando pasivamente, espera alcanzar una modalidad femenina de placer.

La enuresis también implica una regresión a un estadio original de placer pasivo receptivo, deseo de reencuentro con un paraíso perdido carente de restricciones, nostalgia de un goce privilegiado que se activa especialmente si coincide con el nacimiento de un hermano o con experiencias de pérdida, abandono o duelos familiares. En el caso de Carlos, la depresión materna, la muerte de su abuela vivida melancólicamente por su madre, la temprana muerte de su tío, etc., son una serie de pérdidas que habrían sido transferidas desde el desamparo materno. Estas circunstancias pudieron precipitar el síntoma enurético, que tendría en este caso un sentido agresivo y de venganza que estaría en el origen del síntoma posterior de eyaculación precoz.

El síntoma de enuresis tiene consecuencias en el desarrollo psicosexual del niño: el temor a los propios deseos vividos como peligrosos, puede transformarse en el temor de "perder el control".

El conflicto sin solucionar persiste -según Carlos- hasta la adolescencia, con ocasionales episodios de enuresis, concretamente hasta los 14 años. El primer enigma que plantea este síntoma, es su permanencia en el tiempo. Las fallas en la resolución del complejo de Edipo, rechazado en nombre de una intensa angustia de castración que continuaba activa, fue el punto de partida para pensarlo.

Con el fin de no renunciar a sus prerrogativas "bisexuales", Ernesto se ha negado inconscientemente a crecer, sosteniendo el síntoma enurético hasta épocas tan tardías.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud describe la inhibición como una renuncia o una restricción de las distintas funciones del yo, si por su realización sobreviene angustia.

En el caso de la función sexual, la inhibición atañe a la impotencia psíquica, uno de cuyos síntomas es la eyaculación precoz.

Tiempo antes en *Contribuciones a la psicología del amor, II* (1912) Freud también se habrá referido a la impotencia psíquica, atribuyendo su causa a la fijación incestuosa a la madre. Por un fracaso en la evolución de la libido, en el sentido de no confluir la corriente tierna correspondiente a la elección de objeto primaria, con la corriente sensual presente en la pubertad, la sexualidad permanece ligada a fantasías incestuosas inconscientes, por lo que la imposibilidad sexual es una exigencia de la estructura. La prohibición de la madre como objeto de satisfacción conduce a la escisión del objeto: la madre sobreestimada y la madre degradada.

La vida amorosa de estos sujetos permanece escindida: la mujer que resulta sexualmente accesible -la prostituta- y la mujer valorada, que inspira ternura pero no es apta para la satisfacción sexual. Cuando aman a una mujer no la desean y cuando la desean no pueden amarla. En consecuencia, buscarán sólo objetos que no despierten el recuerdo de los objetos incestuosos prohibidos. La impotencia aparece cuando el objeto elegido para eludir el incesto les recuerda a través de algún rasgo, el objeto eludido.

También la relación con el padre tanto por los deseos edípicos pasivos, como por la angustia inconsciente de castración (padre destinatario de los deseos cariñosos y padre agente de la castración), tiene un lugar en la psicogénesis de la impotencia.

En *el sepultamiento del complejo de Edipo* (1924) Freud describe la posición del niño respecto del padre, colocarse en su lugar y relacionarse como él con la madre o desear sustituir a la madre, dejándose amar por el padre. Esta segunda posibilidad entraña un peligro: la confrontación con la homosexualidad.

Cuando esta inevitable circunstancia constituye un riesgo excesivo, ocupar el lugar del padre se hace muy conflictivo para el sujeto y la impo-

tencia puede ser una salida que enmascara una falla en la identificación masculina.

En el origen del renunciamiento a la satisfacción sexual que caracteriza a la impotencia puede reconocerse un padre edípico erigido en el lugar del goce de forma inconmovible, de tal modo que el propio deseo sexual del sujeto se convierte en un ataque a la unión sexual del padre con la madre, destitución conflictiva que llega a figurar incluso, una agresión mortal (se ve un sueño en el que el paciente entra en un baño público con una prostituta para realizar un coito que se torna imposible porque en el suelo yace un hombre asesinado, con la cabeza destrozada, imagen terrorífica que impide el acto).

Estas fantasías se acentúan por la identificación de Carlos con el tío esquizofrénico, cuyo efecto es una sexualidad que sólo puede ser fantaseada como violenta.

El paciente presentó el síntoma de impotencia en ocasiones, sobre todo ligado al otro aún más temido, la eyaculación precoz, síntoma que por sus efectos puede ser considerado como una forma de impotencia. No se quejó de ausencia de orgasmo, pero a veces fue sentido como una angustiante pérdida del control, relacionándolo con la enuresis.

La angustia de castración puede manifestarse en fantasías de daño corporal o temor a la vagina, pero en un segundo tiempo la angustia se relacionará con la posibilidad de un nuevo fracaso ante la mirada de un testigo, fracaso que provocará una dolorosa herida narcisista.

La creencia inconsciente en una sexualidad peligrosa impone una fuerza defensiva para rehuir el acto sexual, una intensa angustia de castración es el peligro fundamental, la fantasía de que el pene pueda ser dañado mientras permanezca en la vagina.

El yo renuncia al placer sexual porque éste se vincula al peligro de la realización de la castración, que aún se complica con la angustia de la

propia excitación. Los peligros están vinculados al coito porque representan fines sexuales infantiles que han sido en su momento reprimidos y retornan con ocasión de surgir la excitación sexual.

Desde la perspectiva del complejo nuclear podrá hallarse la persistencia de un vínculo erótico inconsciente con la madre, pero la vinculación al padre no es menos conflictiva: la orientación cariñosa hacia el padre y la identificación femenina inconsciente que corresponde a una de las posiciones posibles a ocupar por el varón en el trayecto del complejo de Edipo completo, también desempeña un papel importante.

## EL SÍNTOMA CONVERSIVO Y LA FANTASÍA DE CASTRACIÓN.

¿Cuáles son las fantasías inconscientes que estarían en el origen de los síntomas de Carlos?

De entrada sabemos que sus efectos recaen sobre la vida sexual de este paciente, manifestándose fundamentalmente como una conversión somática que transforma la angustia que domina sus fantasías y se expresa como una inhibición genital, sede de su desajuste, la eyaculación precoz.

El deslizamiento de uno a otro sexo, propio la dinámica de las identificaciones histéricas, indica la imposibilidad de asumir psíquicamente un sexo y renunciar al otro.

El histérico está expuesto a las insistencias de un deseo que lo conecta a la angustia de una amenaza de castración que recaiga sobre su cuerpo, en particular sobre el órgano sexual.[45]

---

45 Freud, S (1923). *La organización genital infantil*, Op. Cit. confrontar nota nº 6, pág. 147-48, "...sólo cabe hablar de un complejo de castración cuando esa representación de una pérdida se ha enlazado con los genitales masculinos". Y otra nota agregada en 1923 al Caso "Juanito" (1909), En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo X, pág. 9.

La fantasía de castración tiene aún otra faceta que procede de la propia constitución del mecanismo conversivo: en un primer momento, una intensa tensión libidinal se concentra en la zona genital, libido fálica que siendo inasimilable en su exceso, será sometida a la represión retornando en una excitación global del cuerpo. Este quedará narcisísticamente investido mientras una zona -la genital- escapará a la erotización y sólo se expresará como inhibición de la sexualidad. El cuerpo investido como falo permite entender la impotencia como una forma de exhibición.

La experiencia del fracaso en el coito como escena que se repite era una respuesta al llamado inconsciente de la madre, a la que Carlos dedicaba una y otra vez, la misma actuación.

La angustia de castración se convirtió en inhibición sexual y condujo a una insatisfacción protectora que el paciente luchó por sostener, renunciando a la penetración o desfalleciendo en una eyaculación a destiempo. La fantasía angustiosa de castración dominaba la vida psíquica del paciente y fue el motivo de su sufrimiento, pero a su vez lo protegía del peligro de experimentar un goce vivido como absoluto que conservaba en su fantasía, sosteniendo el lazo inconsciente con una madre de la que no se podía separar.

El estado de insatisfacción es una coartada que el paciente ha construido con el fin de atenuar su angustia y ponerse a resguardo de otros peligros mayores que lo amenazan: goce incestuoso, o desestructuración psicótica.

Carlos, comprometido con sus primeras elecciones de objeto, vive la sexualidad adulta en el sentido del amor incestuoso de la primera infancia y el impulso que le llevó a reprimir el complejo de Edipo recae también sobre su sexualidad actual.

La fantasía de una unión genital está íntimamente ligada al deseo edípico, ya que se mantiene anclado en el nivel de la fase fálica del desarro-

llo psicosexual. Fase en la que aún no se ha adquirido la diferenciación masculino-femenino, ya que en ella aún domina la oposición genital masculino o castrado.[46]

El histérico, paralizado en la fantasía de castración, padece la incertidumbre de no saber si es hombre o mujer. Vive en un mundo sexual infantil de seres provistos o desprovistos de pene y poblado de peligros fantaseados que amenazan la integridad de su pene y de todo su ser.

La evolución del caso fue favorable, con cambios satisfactorios en su vida sentimental pudiendo finalmente hacer una elección de objeto que por sus características, contribuyó a la resolución del síntoma y finalmente Carlos estableció una benéfica relación amorosa que también le permitió acceder a la paternidad pudiendo asistir, paciente y analista, al ejercicio de una función paterna sostenida sin mayores dificultades.

---

46 Freud, S (1923). *La organización genital infantil*, Op. Cit., pág. 149.

*Cierto, el cuerpo histérico es todo un misterio de sensaciones. "Perversiones de la sensibilidad", escribía Briquet. Es decir, en primer lugar, las anestesias. Piel, músculos, huesos, órganos de los sentidos, "membranas mucosas", y tutti quanti. Después, en segundo lugar, las hiperestesias, véase "hiperalgesias": ¡todo lo contrario!, pero, de la misma manera, en todas partes y de todas las especies: "dermalgias", "miosalgias", "cefalalgias", "epigastralgias", "raquialgias", "pleuralgias", "celialgias", "toracalgias", "mielisalgias", "artralgias", "neuralgias", "hiperestesias laringo-bronquiales", "sofocaciones pseudocropales", "hiperestesias de las vías digestivas", "nefralgias", "cistalgias", "histeralgias"... Cada órgano del cuerpo histérico contaría, pues, con su propio dolor.*

Georges Didi-Huberman. 1982.

# HISTERIA CON MAYÚSCULA[47]

PEDRO CUBERO

Permitidme en primer lugar agradecerle a J. Ramos su invitación a tomar la palabra en este ciclo de charlas para PIR/MIR así como agradeceros vuestra asistencia. Mi intención primordial, ya os lo adelanto, es defender el diagnóstico de "Histeria" (histeria única, a secas, sin más), utilizado tradicionalmente en el mundo occidental, frente al modelo diagnóstico de las *histerias*, varias y distintas, que fue el habitual a lo largo del pasado siglo.

## HISTERIA UNITARIA.

En el primer libro del octavo volumen (el dedicado a las enfermedades de las mujeres) del Corpus *hippocraticum* se describe una curiosa enfermedad causada por un útero que, excesivamente seco y ligero de peso, como consecuencia de la fatiga o de la abstinencia sexual, se mueve por la cavidad abdominal en busca del humor que le falta, lo que le permite humedecerse de nuevo y recolocarse en su lugar, cesando en ese momento el malestar. Siendo única la fisiopatología de la enfermedad, las múltiples manifestaciones de la *sofocación uterina* dependen exclusivamente del órgano que golpea el útero, trátese del hígado, la región lumbar, las nalgas, la vejiga... En la embarazada, también el feto puede encontrarse -por las mismas causas-, carente de fluido, abalanzándose sobre el hígado en busca del mismo y produciendo los mismos síntomas que la sofoca-

47 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 5 de marzo de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria"

ción uterina. Por ejemplo, del impacto sobre el hígado (de la matriz o el feto) dependería la producción de crisis semejantes a las de la *enfermedad sagrada*, o epilepsia.
A diferencia de multitud de otras descripciones del *Corpus*, la histeria se mantuvo incólume como entidad nosológica a lo largo de los siglos, si bien el número de síntomas atribuidos a la misma no dejó de crecer.

La descripción clínica del *Corpus* es ciertamente breve y consta de un reducido número de síntomas, que remedan el ataque epiléptico; "cuando la matriz está en el hígado o los hipocondrios... el blanco de los ojos se da la vuelta, la mujer se queda fría, castañean los dientes, la saliva afluye a la boca... parece una epiléptica". El Corpus afirma asimismo que del desplazamiento uterino a otras partes del organismo dependen distintos "sufrimientos", sin especificar cuáles. Merecen un comentario las dos causas a las que el Corpus atribuye la sequedad del útero: la abstinencia y la fatiga. Hoy sabemos que si se asocian a la histeria es porque son síntomas de la misma, que no es que *causen* la histeria, es que *forman parte* de la enfermedad...

A lo largo de los siglos siguientes se sucedieron distintas teorías explicativas (no demasiadas) y se practicaron variados tratamientos.
Galeno negó que el útero pudiera moverse y aportó una teoría fundamentada en los desequilibrios de los *vapores*. Sin renunciar a las teorías humorales, Sydenham situó la histeria entre las neurosis, lo que implicaba que se trataría de una enfermedad asentada en el cerebro y no en el útero. En lo sucesivo, quedaría definitivamente emplazada en el campo de las enfermedades mentales. La histeria también fue relacionada con la inactividad o frustración sexual, así como con las alteraciones de las pasiones, los desengaños, los disgustos...

En cuanto a los tratamientos administrados durante dos milenios y medio, han sido sin duda curiosos:

1/ Aplicación de fragancias olorosas agradables en la vagina (para atraer al útero) o desagradables en la nariz (para ahuyentarlo).
2/ Creación de entornos agradables y entretenidos (cambios de colores en las habitaciones, prendas alegres y confortables, libros de chistes...).
3/ Prescripción de actividad sexual (en solteras, prescripción del matrimonio)
4/ Por el contrario, medidas tendentes a eliminar o moderar el deseo sexual (evitar las conversaciones de las muchachas con chicos, educación moral, cauterización del clítoris...).
5/ La estimulación genital, practicada por parteras, se remonta al menos a Galeno. Según varios autores, el "masaje pélvico" fue utilizado como tratamiento de la histeria por los propios médicos durante el siglo XIX, constituyendo una parte bastante lucrativa de su actividad.
6/ Todo tipo de medicamentos y hierbas.
7/ El alejamiento temporal del entorno habitual.
8/ Una buena nutrición.
9/ La "evacuación sanguínea" mediante sanguijuelas emplazadas en vulva o ano (1).

Por lo que respecta a la descripción clínica, no sólo fue aumentando sin cesar el número de síntomas que este o aquel autor achacaban a la histeria, sino que algunos autores, como S*ydenham* en sus *Dissertatio epistolaris* (1862) observaron algunos rasgos cualitativos de los mismos:
1/ Su *falsedad* y falta de sustancia.
2/ Su capacidad para *imitar* cualquier otra enfermedad.
3/ La multiplicidad de las formas de manifestación. *Passio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit* (Galeno).

En 1859, Briquet, médico internista del *Hôpital de la Charité*, publicaba su conocido *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, tras haber estudiado con sus colaboradores a 430 pacientes (entre los que había unos veinte varones). Se considera el primer estudio amplio y metódico de la clínica de la histeria.

Kraepelin (4) incluyó a la histeria en las sucesivas versiones de su tratado como una más de las enfermedades mentales, dedicándole un capítulo que nos ofrece una descripción de la misma exhaustiva y plenamente vigente.

Ya iniciado el s. XX. probablemente fue la de Savill (7) la obra en la que, a lo largo de 262 páginas, se revisaba de un modo más exhaustivo la clínica de la histeria, si bien incluía fenómenos -de acuerdo con su teoría "vasomotora" de la enfermedad- que hoy nadie relaciona con la histeria.

## HISTERIA TRINA.

En un lapso de tiempo relativamente breve, que transcurre entre las últimas décadas del XIX y los primeros años del siglo XX, la histeria perdió el carácter unitario que había mantenido en los dos milenios y medio anteriores (desde Hipócrates). Es en este período cuando la Neurología se interesó más a fondo por la enfermedad, buscando su localización anatómica en el cerebro, profundizando en las diferencias entre las crisis motoras histéricas y las crisis de *grand mal* y describiendo con minuciosidad obsesiva y detalle los síntomas motores y sensoriales de la enfermedad, síntomas -los neurológico/sensoriales- que se acabarían situando en un primer plano. Es también el momento en el que se propone (3) el mecanismo de la *disociación del campo de la conciencia* como explicación de la personalidad doble y de los estados crepusculares y el de la misteriosa *conversión* (de la *energía psíquica en energía somática*) como fundamento

de los síntomas motores y sensoriales. Más aún, en este tiempo ve la luz la teoría edípica de la histeria que sitúa los orígenes de ésta en una etapa de la infancia en la que, supuestamente, se activan deseos incestuosos inconfesables, frustraciones irresolubles (por la carencia de pene, por ejemplo) o -en los niños varones- el temor a ser castrados por sus propios padres.

En cierto modo, podría afirmarse que -en lo concerniente a la histeria- la Psiquiatría ha quedado anclada en esta época. Sin embargo, en esta charla querría centrarme en un corolario concreto de las innovaciones científicas de este período; la histeria desaparecería de la clínica como entidad nosológica unitaria para escindirse en tres diagnósticos semiindependientes: neurosis histérica conversiva, neurosis histérica disociativa y personalidad histérica. Durante la mayor parte del pasado siglo esta forma de diagnosticar fue la que defendían la mayor parte de tratados y la que efectivamente utilizábamos los clínicos en la clínica, evitando la aparente imprecisión y la connotación peyorativa de la palabra *histeria*. De todos modos, y en la medida en que el calificativo *histérico/a* se mantenía en los tres diagnósticos, se seguía aceptando la idea de que algo debía haber en común entre las tres entidades. Finalmente, ya en el último cuarto del siglo, el término acabaría desapareciendo definitivamente de las clasificaciones; las dos neurosis *histéricas* darían paso a sendos *trastornos* (disociativos y conversivo) mientras que la personalidad *histérica* sería sustituida por la *histriónica* (que ya no se relaciona con el útero sino con el teatro, los dos términos son etimológicamente independientes). Con el DSM-III (1) la histeria ya no solamente -como venía sucediendo desde principios del siglo- se fragmentaba; también se desperdigaba. Así, los trastornos disociativos se separaban de las neurosis en general y del resto de histerias en particular, pasaban a constituir un capítulo del DSM-III (el de los "Trastornos disociativos") con distintas enfermedades concretas y en el que se daba cabida a un novedoso "*Trastorno por desrealización*"

(yo diría que sin ninguna relación con la histeria) y a curiosidades como el trastorno disociativo atípico por... ¡lavado de cerebro! (de más que dudosa validez conceptual). Por su parte, la neurosis histérica conversiva se transformaba en una mera enfermedad en el capítulo de los trastornos somatomorfos mientras que la personalidad histérica cambiaba de nombre, tomaba asiento entre el resto de trastornos de la personalidad y adoptaba la *teatralidad* como rasgo esencial, dejando otros elementos descriptivos en un segundo plano.

Este abordaje, unido al uso de criterios diagnósticos operativos, puede haber sido muy útil para la obtención de muestras homogéneas de cara a la investigación científica. Nadie lo duda.

Pero, ¿y en la clínica? Tengo la sensación de que, en lo relativo a la histeria, existe un foso, una falta de encaje entre lo que propone la Psiquiatría académica y lo que muestra la clínica, particularmente la ambulatoria.

Con el paso de los años, he ido desarrollando el convencimiento de que existe una histeria *vulgar o ambulatoria*, en la que la distinción entre síntoma y rasgo no es tan tajante, en la que los síntomas conversivos y disociativos vienen y van, se superponen, y son menos espectaculares, más fugaces y menos nítidos de lo que la literatura sugiere y, además, no los únicos.

Esta es la idea central que hoy os querría transmitir: la concepción tradicional unitaria de la histeria es más acorde con la realidad clínica que el modelo trino actual. Una afirmación que no se sustenta en ningún dato numérico procedente de una investigación sistemática sino en la mera observación clínica.

Querría dedicar el tiempo del que disponemos a comentar otros argumentos favorables a esta concepción unitaria pero antes debemos referirnos a...

## LA CUARTA HISTERIA.

La Psiquiatría americana posterior a la Segunda Guerra Mundial vio cómo, bajo la influencia de figuras como Karl Menninger, confluían diversas corrientes -que en la primera mitad del siglo se habían mantenido relativamente aisladas- en un solo cuerpo de asunciones y principios mayoritariamente aceptados. Entre estas corrientes dos destacaron; el psicoanálisis y el movimiento de la higiene mental impulsado por Meyer. Esta nueva psiquiatría a la que se adhirió el grueso de la profesión se caracterizó por los siguientes rasgos:

- un predominio de los modelos psicodinámicos y sociales, tanto para explicar el origen de las enfermedades mentales como para afrontar su prevención y tratamiento;
- una paulatina desaparición de los límites entre la enfermedad y la normalidad que extendía considerablemente el campo de interés e intervención (y, por ende, el número de potenciales clientes) de la psiquiatría clínica;
- una orientación al activismo social, dirigida por el convencimiento de que la corrección de los males sociales acarrearía inexorablemente una disminución de la prevalencia de la enfermedad mental;
- la crítica feroz del hospital psiquiátrico y la defensa de los abordajes ambulatorios, con la certeza de que la desaparición del primero era un objetivo deseable y posible. Y
- el rechazo abierto y explícito de la nosología kraepeliniana; en su lugar, el DSM-I (1951) proponía una nosología de orientación marcadamente psicodinámica.

Existieron, sin embargo, círculos minoritarios, muy reducidos y a menudo vinculados a los ámbitos académicos, que se mantuvieron fieles al

modelo médico y a la psiquiatría descriptiva kraepeliniana. Mientras que los diagnósticos clínicos tradicionales se habían llegado a considerar un obstáculo para el adecuado tratamiento de los pacientes, estos círculos se esforzaron justamente en el sentido contrario, el de perfeccionar -mediante la investigación científica- tales diagnósticos, al objeto de identificar fiablemente entidades válidas. Sus esfuerzos no serían reconocidos, oficializados e incluso universalizados hasta la década de los ochenta.

Hasta donde sé, el primer intento de este grupo de autores por identificar la sintomatología de la histeria, fue realizado por Purtell et al (5), que publicaron sus hallazgos en 1951. En primer lugar, revisaron los dos tratados clásicos más exhaustivos (el de Briquet y el de Savill) y de ellos obtuvieron el listado de síntomas cuya presencia o ausencia en la histeria había que verificar. Para ello recurrieron a una población de pacientes que habían sido derivados a una clínica en Nueva Inglaterra por problemas para su diagnóstico ambulatorio. Entre estos pacientes, habían notado que existía un subgrupo, integrado fundamentalmente por mujeres, que presentaban cuadros clínicos abigarrados, difusos, cambiantes, en los que era imposible establecer cual era la queja principal, y en las que se sospechaba la presencia de una histeria. Antes de ser incluidas en el estudio, estas pacientes fueron sometidas a una valoración psiquiátrica para confirmar o rechazar el diagnóstico, llegándose a obtener una muestra de 91 mujeres diagnosticadas de histeria, de las que 50 pudieron ser incluidas en el estudio y comparadas con 118 casos-control.

El cuadro clínico que emergió de esta investigación pionera fue el siguiente:

| Sintomas | Pacientes histéricas | Controles | "Ratio de significación" |
|---|---|---|---|
| Cefalea | 94% | 18% | 7.7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Indiferencia sexual | 86% | 29% | 5.7 |
| Náuseas | 82% | 2% | 8.1 |
| Parestesias | 80% | 4% | 7.7 |
| Anorexia | 78% | 8% | 7.1 |
| Llanto fácil | 78% | 30% | 4.7 |
| Dolor abdominal | 78% | 8% | 7.1 |
| Palpitaciones | 76% | 6% | 7.1 |
| Discrasias alimenticias | 76% | 2% | 7.4 |
| Ataques de ansiedad | 74% | 8% | 6.7 |
| Nudo en la garganta (bolo esfágico) | 74% | 0% | 7.6 |
| Ausencia de placer sexual | 73% | 15% | 4.7 |
| Crisis de mareo/vértigo | 72% | 18% | 5.4 |
| Disnea | 70% | 0% | 7.3 |
| Nerviosismo | 68% | 22% | 4.6 |
| Cambios de peso | 66% | 4% | 6.5 |
| Dolor menstrual | 66% | 30% | 3.6 |
| Tendencia a la preocupación | 66% | 24% | 4.2 |
| Coito doloroso | 63% | 7% | 4.6 |
| Visión borrosa | 62% | 10% | 5.4 |
| Dolor en extremidades | 62% | 6% | 5.9 |
| Vómitos | 62% | 12% | 5.2 |
| Parto dificultoso | 60% | 20% | 2.8 |
| Estado depresivo | 58% | 10% | 5.1 |
| Vómitos del embarazo prolongados (>3 meses) | 56% | 5% | 3.8 |
| Dolor de espalda | 56% | 14% | 4.4 |
| Estreñimiento | 54% | 10% | 4.7 |
| Desmayos | 50% | 2% | 5.5 |
| Diarrea | 46% | 2% | 5.2 |
| Pérdida de la voz | 45% | 8% | 3.8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Menstruaciones excesivas | 44% | 2% | 5.0 |
| Retención urinaria | 43% | 2% | 4.9 |
| Estados de trance | 42% | 0% | 5.2 |
| Hablar durante el sueño | 37% | 10% | 3.1 |
| Parálisis | 33% | 0% | 4.4 |
| Menstruaciones irregulares | 30% | 12% | 2.2 |
| Dolor articular | 28% | 6% | 2.9 |
| Ceguera transitoria | 20% | 4% | 2.5 |
| Convulsiones | 12% | 0% | 2.5 |
| Visión doble | 10% | 0% | 2.3 |
| Antecedentes de agresiones sexuales | 10% | 0% | 2.1 |

Otros fenómenos, siendo más frecuentes entre las pacientes histéricas, no alcanzaron significación estadística: sonambulismo, pérdida de memoria e intentos de suicidio.

En los años y décadas siguientes, se confirmaría la estabilidad del diagnóstico y distintos estudios (utilizando los criterios de Feighner primero y los RDC después) avalarían en líneas generales los hallazgos de Purtell. Esta novedosa histeria fue incluida en el DSM-III con un nuevo nombre: "trastorno por somatización (enfermedad de Briquet)". Al objeto de eliminar la connotación degradante del término, la palabra *histeria* fue eliminada.

Permitidme, antes de seguir, realizar algunos comentarios sobre este trastorno que introdujo el DSM-III.

1. El uso exclusivo, a rajatabla, de la nueva denominación (en el DSM-III y en los numerosos artículos que a partir de aquél se le dedicaron al trastorno en la literatura psiquiátrica), la ausencia absoluta de cualquier otro tipo de referencias a la histeria en dichos artículos, la insistencia de todas las publicaciones en los síntomas físicos en detrimento de los aspec-

tos psicológicos, relacionales o "caracteriales", la ausencia de referencias a las reflexiones psicológicas tradicionales en favor de conceptos como el de la *alexitimia* (que sería la principal característica de los enfermos con este trastorno), el desconocimiento de quién era Briquet, el hecho de que (exigiendo un número muy elevado de síntomas) apenas se diagnosticase en la clínica... todo ello se conjuró para que, hasta cierto punto, el trastorno por somatización haya permanecido para los clínicos ajeno a la histeria y a sus tres variantes habituales.

2. El punto de corte que establecía el DSM-III (un mínimo de 14 síntomas) excluía a las formas más leves y frecuentes de la enfermedad, delimitando una población gravemente enferma. En el DSM-IV, el número mínimo de síntomas ya se había reducido a ocho.

3. En mi opinión, la no consideración -inicialmente, fruto de una decisión consciente- de los aspectos relacionales y psicológicos de la histeria, sesga artificialmente la descripción de la misma y excluye a las pacientes cuyos síntomas físicos son demasiado leves, o escasos o transitorios. Elimina también aquellas variantes de la histeria en las que ésta no se expresa a través de síntomas físicos.

4. Por el contrario, pienso que constituye una excelente aproximación al cortejo sintomático más común en las consultas psiquiátricas, donde los síntomas neurológico/sensoriales, aún pudiendo hallarse presentes, no ocupan un lugar tan relevante.

a. El síntoma principal, el que -para nuestra sorpresa- se halla presente en la práctica totalidad de casos y que casi podemos considerar *sine qua non*... es la cefalea. Más aún si lo que consideramos son los dolores de cualquier localización.

b. El trabajo de Purtell confirmaba la altísima frecuencia de las disfunciones sexuales (ausencia de deseo y/o de excitación) y encontraba asimismo una muy alta frecuencia de coito doloroso (probablemente se-

cundario a vaginismo), aspecto este último mucho menos citado en la literatura.

c. Los síntomas digestivos jugarían también un papel más importante que los tradicionales neurológico/sensoriales. Destacan las náuseas (descritas desde antiguo) pero también tendrían una gran relevancia las intolerancias alimentarias (menos resaltadas en la literatura pero fácilmente comprobables en la clínica).

d. En fin, el cuarto síntoma en orden de frecuencia, en el estudio de Purtell, fueron las parestesias.

Un cuadro que incluye cefalea, náuseas, dolores erráticos, "malas digestiones", "picores" y disfunción sexual, resulta ya bastante familiar.

Resumiendo, la posición del DSM-III con respecto a la histeria resulta un tanto paradójica:

- por un lado, mantiene las tres entidades diagnósticas utilizadas desde principios de siglo, pero situándolas en capítulos distintos y eliminando cualquier referencia a un elemento subyacente común,
- por otro, reintroduce la vieja histeria unitaria con una nueva denominación: "trastorno por somatización".

Por consiguiente, los DSM compatibilizan la aproximación trina a la histeria característica del s. XX con la visión unitaria tradicional. Una histeria *una y trina,* que sobrevive en sus manifestaciones pero desaparece conceptual y nominalmente...

Y sin embargo... hay que insistir en ello; la observación clínica no avala en modo alguno este enfoque fragmentario de la ex histeria. Es más, si con la eliminación del término se pretendía eliminar la connotación peyorativa y sospechosa que la palabra acarreaba, puede que el efecto logrado sea más bien el contrario. Al no encontrar la patología histérica (cam-

biante, prolija y desconcertante) un acomodo diagnóstico adecuado, se refuerzan las actitudes de rechazo y sospecha frente a unas pacientes a las que ni siquiera se puede encuadrar adecuadamente.

En relación con el moderno abordaje fragmentario de la ex histeria, podemos igualmente reexaminar algunos de esos conceptos que históricamente han singularizado a cada una de las tres variantes de la histeria: el modelo trino se vería algo erosionado si resulta que aquello que las define (la conversión, la disociación y la teatralidad) es algo en realidad inespecífico y que se puede encontrar en la generalidad de los síntomas histéricos. La inclusión, en la ICD-10, de los trastornos conversivos en el seno de los disociativos, va justamente en ese sentido.

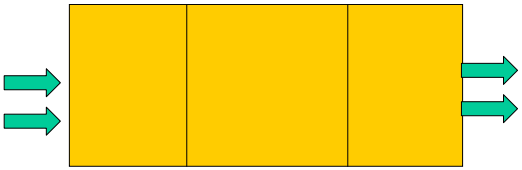
Me gustaría que tomarais los argumentos que aporto a continuación como un ejercicio meramente especulativo, sin más pretensión que la de abrir alguna duda con respecto al modelo trino -o el 3+1- vigente.

## DISOCIACIÓN.

Empecemos por la *disociación o des-asociación* del campo de la conciencia.

En un primer momento, este hipotético mecanismo se propuso para explicar la personalidad doble y los *estados crepusculares* (en los que, más bien, el campo de la conciencia simplemente se *estrecharía*, sin necesidad de dividirse en dos). Pero, ¿porqué en la última clasificación de la OMS los trastornos tradicionalmente conversivos se han reconceptualizado como disociativos?

Aún sin que nadie lo haya visto ni medido nunca, ni retratado, parece claro que el campo de la conciencia se puede dividir en tres áreas.

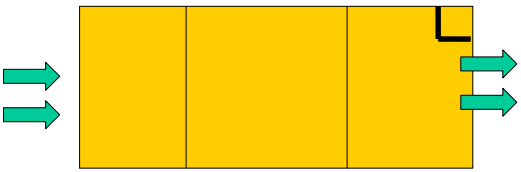


La primera sería la responsable de recibir la información de los órganos de los sentidos.

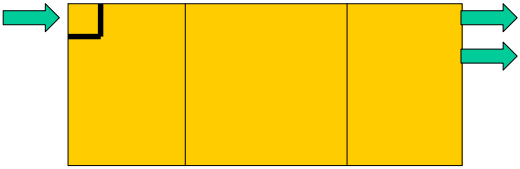
La segunda sería la responsable del pensamiento que (al menos aparentemente) procesa dicha información.

La tercera, siempre hipotéticamente, se ocuparía de devolver la información al entorno por una única vía: la de la contracción, relajación y cambios en el tono de la musculatura estriada.

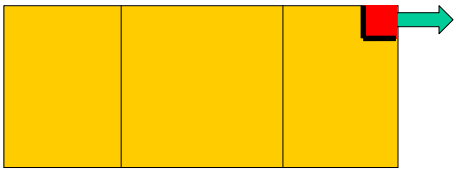
En las parálisis motoras una parte del organismo -una extremidad, las cuerdas vocales...- se inactiva. ¿No podríamos considerar que una pequeña parte del campo de la conciencia -esa parte de la que depende ese movimiento- queda des-asociada del resto del campo de la conciencia.



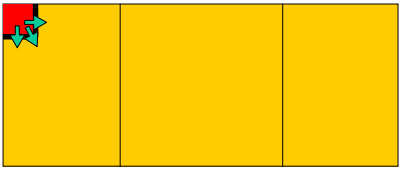
Del mismo modo, puede suceder que la información procedente de un determinado órgano sensorial, pese a estar intactas todas las vías neurológicas, vea bloqueada su acceso al resto del campo de la conciencia: serían las anestesias histéricas.



Cuando esa parte escindida de la que depende un determinado conjunto de movimientos -en vez de paralizarse- "funciona" por sí sola más allá del control voluntario, se producen todo tipo de movimientos autónomos. En la clínica, los más habituales son los temblores en manos y extremidades superiores, fácilmente distinguibles de los auténticamente neurológicos. Sin embargo, en otras ocasiones los movimientos remedan trastornos motores extrapiramidales pudiéndose producir auténticas dificultades de diagnóstico diferencial.



Y ¿porqué no pensar que, del mismo modo que desde una porción "escindida" del campo de la conciencia se crean movimientos autónomos, quepa la posibilidad de que, desde otra parte también escindida, se puedan verter al campo de la conciencia auténticas alucinaciones?. De hecho, las alucinaciones visuales forman parte de las descripciones clásicas de la histeria.



Estas alucinaciones desaparecieron como objeto de interés científico durante la primera mitad del siglo XX hasta que, en los años cincuenta, empezaron a dedicárseles algunos artículos en las revistas psiquiátricas. En número reducido pero creciente.

A tenor de lo escrito, y también de la experiencia clínica, las alucinaciones histéricas se distinguen por lo siguiente:

- se sitúan en "campo externo",
- cursan con o sin "crítica", indistintamente,
- y el contenido predominante es el humano (hombres más que mujeres, personas de cuerpo entero o cabezas flotantes, personas silenciosas o hablantes). Este contenido humano contrasta con un pasado en el que, aparentemente, predominaban las apariciones de seres espirituales.

Algún autor (8) ha esbozado una clasificación de los síntomas conversivos en cuatro grupos, que emanan de dos ejes con dos posibilidades cada uno de ellos:

| | Sensoriales | Motores |
|---|---|---|
| Positivos | Alucinaciones | Movimientos involuntarios |
| Negativos | Anestesias | Parálisis |

De un modo congruente con este modelo, el DSM-IV incorporó entre los trastornos conversivos a las clásicas alucinaciones histéricas.

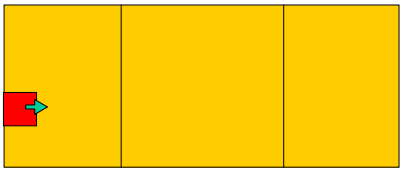
Sin embargo, la clínica de los fenómenos conversivos es más compleja y deberían tenerse en cuenta otros fenómenos (perceptivos y motores) que no quedan plenamente reflejados en este modelo:

- las paresias
- los trastornos de la coordinación de los movimientos (como en la astasia abasia)
- las hiperestesias, en las que la intensidad de una percepción real simplemente se amplifica...

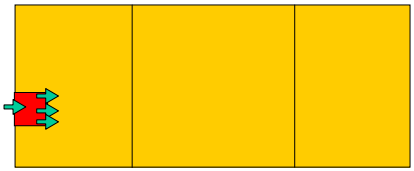
En los artículos sobre alucinaciones histéricas publicados en la segunda mitad del pasado siglo, básicamente se mencionaban las visuales y las auditivas (o la combinación de ambas). Aparecía también alguna alusión a cuadros monosintomáticos de alucinaciones olfativas.

Sin embargo, quizá no sean esas, ni mucho menos, las alucinaciones más frecuentes en la histeria. Sabemos que la cefalea y los dolores en general constituyen el síntoma más frecuente en el trastorno por somatización. La experiencia clínica nos muestra también que aquellos cuadros que se catalogan como de "dolor psicógeno" (en los que el dolor aparece como síntoma único) se acompañan con cierta frecuencia de un "cortejo conductual" inequívocamente histérico. Javier Ramos (6) aventura la hipótesis de que la fibromialgia (o la fibromialgia de algunos pacientes) no es sino una forma moderna de expresión de la histeria...

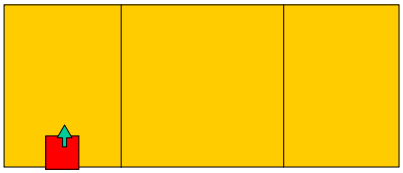
¿No podríamos pensar en una activación autosugestiva de la sensibilidad dolorosa que se produciría de un modo semejante a las alucinaciones visuales o auditivas? La percepción de dolor, en ausencia de auténtico daño o agresión a los tejidos, ¿no podría considerarse como una alucinación de la sensibilidad dolorosa?



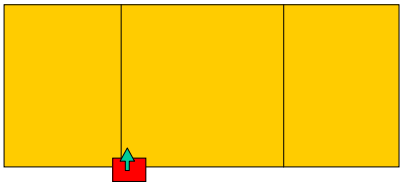
Quizás, más habitual que el dolor puramente autosugestivo (y no digamos que la anestesia al dolor) sea la hiperestesia dolorosa, en la que aquellas molestias y dolorcillos que la mayoría de la población experimenta habitualmente se transforman en dolores de mayor intensidad:



Y ampliando esta teoría de la alucinación conversivo/disociativa, ¿por qué no pensar que también por un mecanismo autosugestivo se puede "fabricar" el amplio abanico de sensaciones propioceptivas que en algunos casos presenta la histeria? Aquí podríamos incluir las sensaciones nauseosas, las molestias subjetivas que se desplazan por el organismo, el mareo...



A continuación querría comentar una sensación que, aún careciendo de un órgano sensorial específico, accede al campo de la conciencia de un modo semejante: me refiero al cansancio. Se trata de una sensación no localizada específicamente en ningún punto concreto del cuerpo que se asocia a la necesidad de dejar en reposo la masa muscular. El "estímulo" original que acabaría desembocando en la sensación de cansancio es la activación excesivamente prolongada de las fibras de actina y miosina.



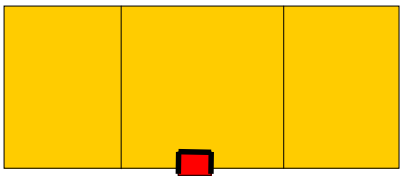
Pues bien, dos fenómenos frecuentes en la histeria se podrían interpretar como una alucinación o una anestesia -en el campo de la conciencia- de la sensación de cansancio:

- La astenia extrema, como síntoma único o como uno más entre otros síntomas físicos... (durante bastante años se han realizado diagnósticos de s. de fatiga crónica a un grupo de pacientes que parecen haber sido absorbidos por otro grupo más amplio, actual y combativo que es el de las fibromialgias).

- Por otro lado, la represión disociativa de la sensación de cansancio explicaría la hiperactividad maniforme que, a menudo, caracteriza a la personalidad histérica.

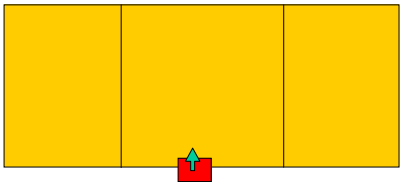
Hablemos ahora de la amnesia disociativa. Si bien, los grandes episodios amnésicos en los que el paciente olvida todo lo ocurrido durante un determinado período de tiempo, o incluso todo lo relativo a la propia biografía, son hoy infrecuentes, no es raro topar con cuadros de tipo pseudo-demencia, que a menudo generan una notable repercusión funcional, y que no tienen una etiología afectiva.

Podíamos imaginar la memoria como un pozo, repleto de información, que en su mayor parte queda fuera del campo de la conciencia. A ésta accederían los recuerdos, siempre una ínfima parte de los mismos, de un modo espontáneo o como consecuencia de un esfuerzo consciente de rememoración. Pues bien, en la amnesia psicógena se produciría un bloqueo -más o menos selectivo- en el acceso al campo de la conciencia de los recuerdos almacenados. Algo no tan distinto a las anestesias propiamente dichas.



Una característica curiosa de la patología histérica es el hecho de que determinados síntomas o complejos sintomáticos parecen asociarse a un contexto geográfico, social e histórico determinados. Se trata de un fenómeno harto conocido. En los últimos años, se ha producido en los

EEUU una extraña epidemia de mujeres que, en el contexto de terapias poco ortodoxas, recuerdan repentinamente escenas de abusos sexuales por parte de sus padres, situaciones que supuestamente habían olvidado por completo. ¿No podríamos pensar en un mecanismo semejante al de la alucinación conversiva?



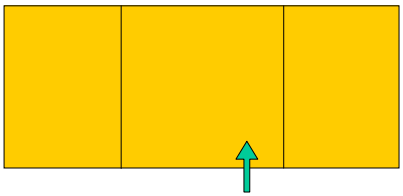
Para acabar, vamos a forzar todavía algo más el modelo de la conversión/disociación y la anestesia/alucinación para aplicarlo a la interpretación de más fenómenos histéricos.

Cuando una cría de macaco es separada de su madre, o cuando un adulto es apartado del grupo, se produce con frecuencia (no siempre), una reacción conductual en todo parecida a la depresión humana, y que incluye una inhibición generalizada de la actividad, una expresión facial reconocible, alteraciones hormonales y en los ritmos nictamerales, etc. Este cuadro puede prevenirse o acortarse con fármacoa antidepresivos.

En el ser humano, la activación de este patrón de conducta -o estado motivacional- cursa con una sensación dolorosa única que accede al campo de la conciencia, reconocida como tristeza. Pero esa sensación subjetiva de tristeza no es sino un aspecto más de los muchos que conlleva la activación del patrón conductual de duelo/depresión. El siguiente gráfico intenta representarlo.

Julio Vallejo describió un cuadro que denominó "pseudo depresión histérica", un cuadro que, hipotetizando, tendría la misma relación

con la depresión que la que tienen con la verdadera epilepsia los fenómenos convulsivos histéricos. Pues bien, ¿acaso no sería posible que, también por un mecanismo exclusivamente autosugestivo, pudiera acceder al campo de conciencia una sensación -la tristeza- que no ha sido desencadenada, ahora, por una activación del patrón de duelo/depresión?



En una suerte de *alucinación emocional*, la paciente se sentiría triste sin estarlo realmente, y podría representar -ante los demás y ante sí misma- una tristeza que, aún sin saberlo, en realidad no siente...

El modelo, sin embargo, nos podría ser útil no solamente para explicar la pseudo depresión histérica sino también una buena parte del amplio abanico de fenómenos emocionales (alucinados, anestesiados o hiperestesiados) propios de la histeria.

Resumiendo, parece que la conversión se puede asimilar a la disociación y que, a su vez, esta última serviría para explicar buena parte de la patología histérica. Un último ejemplo: cuando una paciente exhibe una conducta seductora (una forma entre muchas de contraer y relajar los músculos) pero, aparentemente, no se da cuenta de que lo está haciendo (algo que no suele pasar desapercibido ni al destinatario ni al ejecutor)... ¿acaso no se trata de un ejemplo más de disociación del campo de la conciencia?

## TEATRO.

Tampoco parece que el *histrionismo o teatralidad* sea el elemento distintivo de la alteración de la personalidad frente a las dos neurosis clásicas. ¿Es que no es teatro hacerse pasar por ciego, o andar como un borracho, o gemir de dolor estando en un perfecto estado de salud, o cada vez que el médico presiona un *tender point* en el que no sucede absolutamente nada?

Si la clínica y algunas especulaciones como las que acabamos de presentar apuntan hacia una concepción más unitaria de la histeria, en la que conversión, disociación y teatralidad se superponen, se confunden y no delimitan entidades diagnósticas diferenciadas... ¿habría entonces algún modo de subdividir las múltiples manifestaciones clínicas de la enfermedad que pudiera resultar de interés clínico?

Os propongo considerar las siguientes posibles tipologías.

## SUBCLASIFICACIONES DE LA HISTERIA.

1. En función del grado de deterioro:
   - histeria normofuncionante: autónoma
   - histeria *minor*: requiere cuidados ocasionales
   - histeria *major*: requiere cuidados continuos

La primera modalidad se refiere a aquellas pacientes que, con más o menos acierto, siguen desempeñando las actividades y roles que les corresponden, logrando un satisfactorio grado de funcionamiento general.

En el segundo grupo se incluye el amplio abanico de pacientes en las que la dependencia institucional o de las personas del entorno se produce tan solo en los períodos de exacerbación sintomática.

El tercer grupo, mucho más selecto, abarca a las pacientes que, a través del encamamiento, el descontrol de esfínteres, los episodios de agitación u otros trastornos de conducta, hacen necesaria una atención continua. Son frecuentes las alteraciones severas de la vida familiar, el desempleo y fenómenos como la *puerta giratoria* en los servicios de Urgencias.

Cabe asimismo una cuarta variante: la histeria hiperfuncionante, en la que un rendimiento extraordinario en un ámbito de la vida (el profesional) se produce en paralelo a una notable inestabilidad o vacío en otro ámbito (el de las relaciones afectivas). Las transiciones desde el éxito a la enfermedad e incapacidad laboral son a menudo abruptas e irreversibles.

2. Según el tipo de contacto:

- histeria aniñada
- histeria hiper erotizada
- histeria enferma

Uno diría que se escenifican las distintas etapas de la vida (infancia, adolescencia y vejez) menos una: la edad adulta, la de quienes tienen la obligación de estar pendientes de quienes no se hallan en dicha edad.

Podríamos hablar también de algunas formas severísima de *histeria vegetativa* en las que uno no sabe bien si de lo que se trata es de un regreso al lejano período fetal o de una entrada anticipada en la antesala de la muerte.

3. Según los síntomas:

- prehisteria o histeria asintomática
- histeria sintomática:
  - con síntomas físicos
  - con síntomas psíquicos
  - mixta

La observación clínica sugiere una última distinción entre una histeria activa, exigente, combativa, y una expresión pasiva y lánguida en la que predomina el desvalimiento y la impotencia.

No querría terminar esta charla sin comentar tres importantes manifestaciones clínicas de la histeria que, por su importancia, merecen no ser pasadas por alto.

## LA QUEJA.

A diferencia de lo que sucede en la mayoría de enfermedades, lo característico de la histeria no es quejarse de éste o aquél síntoma o limitación, sino la queja en sí misma, la queja por la queja, sea por lo que sea. Así, aunque los clínicos tendamos a interesarnos en exclusiva por los *síntomas* físicos o psicológicos, no es raro que las pacientes dediquen las consultas a quejarse de otras cosas: de las personas de su entorno (estas quejas se denominan reproches), de la sociedad en la que viven o de sus circunstancias (a cuyo real empeoramiento con frecuencia contribuyen ellas mismas).

## EL ASCO.

El asco, y un fenómeno estrechamente relacionado con el mismo, la náusea, juegan un importante papel en la sintomatología histérica, y de un modo u otro suelen ponerse de manifiesto. Sea en forma de náuseas y vómitos espontáneos, o relacionados con intolerancias alimentarias idiosincráticas, o sea con un rechazo a la sexualidad y el contacto físico... El asco aparece asimismo con frecuencia en los tests proyectivos, donde las pacientes histéricas tienden a ver determinados animales de pequeño tamaño -casi siempre los mismos-, a saber: ratas (y no otros roedores), serpientes (y no otros reptiles), cucarachas (no otros coleópteros), arañas...

## LA SEXUALIDAD.

Si bien la histeria se asocia clásicamente a la presencia simultánea de una actitud hipererotizada junto a una realidad de "frigidez", la realidad es más compleja. Las disfunciones sexuales son habituales (inhibición del deseo, coito doloroso, etc) pero ni mucho menos universales. Es más, tampoco son infrecuentes las conductas promiscuas asociadas a un aumento del deseo sexual. Por otro lado, más allá de los aspectos sexuales, las relaciones afectivas tienden a tener un carácter tormentoso, insatisfactorio y, en última instancia, fallido. Así, son muy característicos los enamoramientos de individuos "prohibidos".

¿Cuál es el elemento común de alteraciones o problemas tan dispares e incluso contrarios?: la incapacidad para aunar, en una sola relación y con una misma persona, la actividad sexual, el apoyo emocional y los compromisos "formales". El matrimonio heterosexual (y la familia) constituye un ideal universal, arquetípico, al que la histérica no se puede aproximar más que fugazmente. Histeria y vida matrimonial (más o menos) satisfactoria son -casi consustancialmente- incompatibles.

Muchas gracias por vuestra atención.

## BIBLIOGRAFÍA.


- American Psychiatric Association. (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie*. Paris: Bailliere.
- Janet, P. (1909). *Les Névroses*. Paris: Flamarion.
- Kraepelin, E. (1990). *Psichiatry A Textbook for Students and Physicians*. Canton (MA): Science History Publications.
- Purtell, J. J., Robins, E., Cohen, M. E. (1951). *Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects*. JAMA, 146 (10): 902-9.
- Ramos García, J. (2007). *Fibromialgia y otros algoritmos asociados. ¿Nuevos destinos para la histeria?* En A. Talarn. Globalización y salud mental. Barcelona: Herder, 2007.
- Savill, T. D. (1909). *Lectures on hysteria*. New York: William Word and Company.
- Sirota, P., Spivac, B., Mesulam, B. (1987). *Conversive hallucinations*. Br J Psychiatry, 151: 844-846.

*En una sociedad morbosa predomina la creencia de que la mala salud definida y diagnosticada es infinitamente preferible a cualquier otra forma de etiqueta negativa o a la falta de etiqueta. Es mejor que la desviación moral o política, mejor que la pereza, mejor que la ausencia deliberada de trabajo. Cada vez más personas saben subconscientemente que están hartas de sus empleos y de sus pasividades ociosas, pero desean que se les mienta y se les diga que una enfermedad física las releva de toda responsabilidad social y política. Quieren que su médico actúe como abogado y sacerdote. Como abogado, el médico exceptúa al paciente de sus deberes normales y lo habilita para cobrar el fondo de seguros que le obligaron a firmar. Como sacerdote, el médico se convierte en cómplice del paciente creando el mito de que éste es una víctima inocente de mecanismos biológicos y no un desertor perezoso, voraz o envidiosos de una lucha social por el control de los instrumentos de producción. La vida social se transforma en una serie de concesiones mutuas de la terapéutica: médicas, psiquiátricas, pedagógicas o geriátricas. La demanda de acceso al tratamiento se convierte en un deber político, y el certificado médico en un poderoso recurso para el control social.*

Ivan Illich. 1974.

# HISTERIA, VENTAJA CON EL SÍNTOMA Y NECESIDAD DE HERMENÉUTICA[48]

GUILLERMO RENDUELES[49]

Histeria es un término sin uso clínico, un fósil lingüístico del campo psiquiátrico, formalmente proscrito en la reunión de la APA en que s e aprobó la DSM- III y desaparecieron con ella las neurosis o las perversiones por mor de algo tan científico como una apretada votación[50]. De hecho el análisis de la polisemia del termino histeria y la vaguedad de su significado (el grupo feminista de la APA señalo connotaciones sexistas y el valor de uso insultante de histérica) fue uno de los argumentos fuertes con que Spitzer[51] logró tanto la erradicación de ese diagnostico como el de la categoría neurosis en el estuvo incluido.

La genealogía del termino histeria y su encaje explicativo en los modelos psicodinámicos responsables de la llamada por Spitzer y Millon "catástrofe clasificatoria DSM-II" y sobre todo su bajo nivel de fiabilidad la dejaban obsoleta e irrecuperable para un sistema clasificatorio que se pretende empírico y ateórico. En uno de los estudios más importantes para justificar la necesidad de la DSM-III encargado por Spitzer al grupo de S. Luis encabezado y publicado por Helzer con el titulo "Reliabity of

---

48 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 2 de abril de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria".

49 guillermo2@correo.cop.es

50 En la lógica científica lo evidente es aquello tan verificable que se nos impone, aquello a lo que no podemos dejar de asentir y que por ello no necesita de votación.

51 Un texto a mi juicio imprescindible para conocer los detalles históricos y el marco sociológico de la génesis de la DSM-III es Kirk, S. A., Kutchins, H. (1992). The Selling of DSM. New York: Aldin de Gruyter.

Psquiatric Diagnosis"[52] la histeria aparece con un índice de Kappa y un nivel de inconsistencia superior al 70%, lo que confirmaba su "incapacidad descriptiva de cualquier complejo sintomático compartido por dos clínicos desconocidos que usen el termino".

Cuando el propio Spitzer casi al día siguiente de clausurar el congreso de la APA proclama la victoria de DSM-III, con un estilo de discurso más propio de un líder político que del decoro científico, enfatiza la necesidad de olvidar "ese cajón de sastre llamado histeria".

Sin embargo y a pesar de todos esos obituarios, la histeria insiste en reaparecer disfrazada de una legión de trastornos que reaparecen y gozan de "buen nombre" en los dos ejes de la DSM-III. Trastorno somatomorfo, distimia, fibromialgia, trastorno disociativo, trastorno atencional son sólo una parte de esa sinonimia con la que la histeria, echada de la academia psiquiátrica por la puerta grande, se cuela por la ventana de la clínica, con unos rasgos que caricaturizan por su exageración las viejas descripciones de teatralidad, imitación de las enfermedades físicas, búsqueda de atención y ventaja.

Si el asunto fuese una simple querella nominalista no despertaría en mi ningún interés: ¿qué fue de las bouffées delirante, las depresiones neuróticas o la histeroepilepsia? Por el contrario pienso se trata de un asunto bueno para pensar el estado actual del pensamiento psiquiátrico en el doble sentido de explicar la plétora de las consultas psiquiátricas y la inanidad cultural del pensamiento psicopatológico.

Lo primero requiere atender la capacidad de e las nuevas categorías de la DSM-III para la inflación de casos psiquiátricos al incluir y aceptar cualquier queja como trastorno mental al auto- privarnos la hermenéutica de la sospecha que Freud había introducido en nuestro campo y dejar-

52 Helzer, J. E. y cols. (1977). Reliability of Psychiatric Diagnosis. *Arch Of Genen Psychiatry*, 34(2): 129-133.

nos indefensos para descalificar algunas de esas quejas como inauténticas y sin indicación de tratamiento.

La candidez para aceptar como síntomas sin atribuirle ningún significado biográfico de quejas como la anhedonia o tristeza sin calificativos (como endógena, reactiva o espiritual) nos condena a ampliar hasta el infinito la inclusión como trastorno psiquiátrico de la totalidad del universo de los pequeños malestares vitales. Frente al lenguaje coloquial de la clínica medica "hizo un infarto" que revela una participación del paciente en su patología, la jerga psiquiátrica habla en voz pasiva y los enfermos sufren de diversos trastornos provocados por unos entes llamados ansiedad generalizada o bipolaridad en los que la intencionalidad en la producción de los síndromes es excluida por la propia estructura del discurso diagnostico, que se limita a recoger síntomas e incluirlos en sus coincidencias con una agrupación sindrómica recogida en el manual de la DSM-III.

Agrupaciones de síndromes psiquiátricos que en un tiempo de precariedad existencial y en una situación de "gelificación" de las relaciones sociales[53] no tendrá otra posibilidad de etiquetado "ateórico" que la mimesis cuasi literal del discurso del paciente (tengo pánico, estoy angustiado, soy distímica), ni otra posibilidad de tratamiento que el uso en cascada de antidepresivos que ponga filtros al sufrimiento provocado por un mundo despiadado. Situaciones mundanas ininterpretadas e inanalizadas en su capacidad de generar patología y homogenizadas a lo sumo por la jerga psiquiátrica como "suma de micorestresores cotidianos".

Este giro psiquiátrico hacia la insignificancia cultural promovido por la DSM-III responde a mi juicio una especie de pánico gremial ante la situación de la práctica psiquiátrica de los años setenta. Las motivacio-

53 Los dos términos pertenecen a Santiago Lopez Petit, que los opone a sociedad liquida en un muy interesante articulo que aparece en un esperanzador rebrote de la izquierda psiquiátrica llamado *Espai en Blanc, La sociedad terapéutica.*

nes de la insistencia de Spitzer por definir las enfermedades psiquiátricas como enfermedades del cerebro y la psiquiatría como una subespecialidad médica frente a psicólogos, sociólogos o asistentes sociales no necesita otra prueba que el relato de los acuerdos de consenso en la definición de las diferentes categorías diagnosticas de la DSM-III: la negociación de paciencia franciscana con los distintos lobbies del gremio psiquiátrico (feminismo, neo kreapelinianos, psicodinamicistas), la cerrazón negociadora con la asociación de psicólogos americanos y la descortés exclusión de referencias a Goffman (por entonces presidente de la AMA) es protestada desde esos gremios.

El pánico gremial de la APA estaba más que justificado. La critica sociológica hacia la psiquiatría habían sido demoledoras y la publicación en *Nature* del artículo "On being Sane in Insane Place" fue la apoteosis de los argumentos previos de Laing, Szasz o Goffman. Que los psiquiatras responsables de un hospital fuesen incapaces de detectar la simulación esquizofrénica e internasen para posteriormente clasificar como psicóticas las conductas normales de un sociólogo que anota lo que ve en derredor, fue una evidencia de incapacidad diagnostica tan demoledora como incontestable. De hecho la replica de Spitzer no fue aceptada para su publicación en Nature por lo inane de sus argumentos.

Junto a esa miseria teórica, lo patente según Spitzer del "desastre" del oficio psiquiátrico se probaba tanto porque la psiquiatría fue en aquellos años la especialidad escogida en ultimo lugar en los concursos de residentes, como su falta de credibilidad en los litigios legales o su equivalencia de rango igualado a las terapias psicológicas por parte de los poderosos sistemas de seguros sanitarios americanos.

Retirarse de la escena cultural banalizando los diagnósticos clínicos evitando cualquier polémica sobre la fiabilidad del concepto de enfermedad psíquica, blindar la clínica reduciéndola al campo médico-administrativo

haciendo fiables por tautológicos los diagnósticos supuso sobrevivir en el campo médico privando a la locura de cualquier significado.

El supuesto clásico de que en las producciones psicóticas podían encontrarse claves de la genialidad o de la verdad profunda del ser humano fue calificado de romántico[54] y descartado del campo de intereses de unos psiquiatras que empezaron a tratar multitudes y a ser mimados por una industria farmacéutica que hasta entonces los había ignorado. Los síntomas psicóticos desde entonces son epifenómenos de un desarreglo bioquímico que no significan nada. La angustia dejo de significar un prerrequisito de la vida auténtica, de la reflexión humana ante la muerte y la melancolía desapareció como fenómeno cultural para convertirse en algo a erradicar con antidepresivos. *Escuchando al Prozac* es un texto tan megalomaníaco como ejemplar de esa nueva perspectiva psiquiátrica que se pregunta sobre la corrección ética de la erradicación de la tristeza por la muerte de un hijo con una píldora frente al dejar fluir el proceso de duelo.

La retirada del pensamiento psiquiátrico del ágora social o del campo de las ciencias humanas resulta más sorprendente aún en un momento donde los análisis de la conducta basados en el modelo del Elector Racional son casi hegemónicos y coincidentes con nuestra disciplina. Los análisis micro-económicos de las decisiones más intimas -cuántos hijos debo tener, coopero con el vecino o me aprovecho, gasto o ahorro- son interpretados y resueltos mediante complicados juegos matemáticos en un sentido muy similar al que la psicología dinámica había anticipado a nivel discursivo. El modelo freudiano del trabajo de duelo o la resolución de la crisis –desinvertir el afecto del muerto para reinvertirlo narcisísti-

54 K. Jaspers en *Genio y Locura*, (Madrid: Aguilar 1961), es el autor paradigmático de esa discusión con el análisis de las patografías de Van Gogh, Strindberg y Hölderlin, donde muestra el genio en la locura y locura en el genio.

ca y tranferencialmente- se hacía hegemónico en todo el universo de las ciencias socioeconómicas justo cuando ese pensamiento desaparecía de las publicaciones psiquiátricas.

En idéntico sentido el centro del razonamiento freudiano sobre la histeria que luego se extiende al resto de la psicopatología es una Teoría de la Ventaja con el Síntoma. Desde luego ventaja en acepción freudiana es un termino complejo y necesitado de matices para no confundirlo con simulación y beneficio directo con el síntoma (si me continúa leyendo tendremos ocasión de discutirlo), pero su enunciación psiquiátrica también anticipa el Dilema del Gorrón como problema central en la sociobiología darwinista o la centralidad del free rider en los análisis de Olson sobre las imposibilidades y malarias morales del Estado del bienestar.

¿Cómo es posible que un campo de pensamiento con esa capacidad de sugerir problemas objetivados por otras ciencias se retire hacia lo pragmático y manifieste en la práctica su deseo de dejar de pensar esos dilemas?

Más allá de la explicación pragmática de respuesta defensiva frente a ese pánico profesional la razón que encuentro a esa regresión improductiva del pensamiento psiquiátrico es la de que se encuentra en un estado melancólico. La antigua acedía y sus epidemias conventuales se producía cuando los monjes dejaban de encontrar sentido a sus tareas y las reducían a una práctica ritual o sencillamente se abandonaban a una existencia prosaica dominada por la vivencia del absurdo vital. Es decir sentían la pérdida del espacio compartido de sentido que la vida conventual les permitía. Al arruinarse la inversión libidinal que cada mañana les llevaba a gloriarse en el canto y, a partir de él, dar significado a la liturgia de las horas, surgía el aislamiento de la vida colectiva, el tedio vital y sobre todo la perdida del sentido de la vida consagrada.[55]

---

55 R. Baltra en *Cultura y Melancolía* (Barcelona: Anagrama, 2001), desarrolla ampliamente el tema de esas epidemias en la España del siglo de Oro. Una época tan coincidente en lo cultural como el barroco puede a mi juicio acentuar las coincidencias.

Los psiquiatras clásicos sabían como nosotros que el significado no se da en el mundo que es una colección de datos dominados por el azar físico-químico. El significado de las conductas, por ello, no lo encontramos a nuestra llegada: despertábamos en un mundo sin sentido. Crecer suponía que en compañía de amigos éramos capaces de crear ese sentido, preservado por unos vínculos serenos que confirmaban que el mundo era como lo interpretábamos. La psiquiatría como vocación era la culminación de esa creación de un mundo lejano de la fábula llena de ruido y furia que nada significa: el delirio era una epifanía del significado cuando el autismo amenazaba con reducirnos a lo inerte y la angustia o la depresión respuestas a situaciones invisibles.

El tiempo de la melancolía es el tiempo donde colectivos enteros pierden sus vínculos afectivos y con ellos la capacidad de crear esos puentes contra el absurdo de lo real. La incapacidad de movilizar la libido para construir ese significado colectivo suele ser el proceso individual que lleva a debutar como depresivo. Cuando un gremio entero pierde esa voluntad y ese impulso por significar, limitándose a una practica mecánica y pretenciosa como está ocurriendo con la psiquiatría se produce un evidente malestar con ese oficio. Llamarlo fatiga laboral o "queme profesional" es una forma de trivializarlo para cegarse tanto a lo trivial de identificar síndromes y aplicarles protocolos de tratamiento como a la falsedad de las promesas de cura de esos tratamientos con las que la psiquiatría se autoengaña y engaña.

Creo que pocas ideas son más dañinas para la lucidez que la creencia en el Progreso y el pensamiento directriz que ordena correr hacia adelante porque lo de ayer es siempre más moderno y mejor que lo de antes de ayer. Por el contrario creo que si la psiquiatría quiere volver a ser un pensamiento fértil debe dejar de aparentar un saber que no posee y limitar su práctica a un grupo de trastornos neuróticos y psicóticos sobre los que sí

posee un cierto saber artesanal. Saber desde luego lejano al del resto de las prácticas médicas por carecer de marcadores biológicos para separar lo normal de lo patológico o anticipar el pronóstico tras un tratamiento. Cejar en esa práctica pretenciosa de saberes empíricos que colecciona casos precisamente en función de que nada puede ser rechazado como caso no psiquiátrico "hasta que" o "mientras tanto" se descubre su etiología orgánica (la histeroepilepsia o los inexistentes trastornos de carácter epilépticos son un buen ejemplo de ese proceso) exige la modestia del artesano que trabaja -no con los criterios universales de algoritmos universales- sino siguiendo su librillo, su escuela escogida a sabiendas de su no objetividad.

Volver a interpretar la histeria buscando el sentido de los síntomas y las relaciones genealógicas con las biografías significa recobrar el modesto lugar que tuvo la psiquiatría en la medicina y en las ciencias humanas como practica que posibilita el acceso a la propia identidad. Jonh Berger nos lo recuerda en una bellísima novela[56] sobre la vocación médica: "la conciencia de la enfermedad es una parte del precio que primero pagó el hombre, y que sigue pagando a cambio de ser consciente de su propia identidad. Esta conciencia de enfermedad aumenta el dolor o la incapacidad. Pero la conciencia de la propia identidad de la que es resultado se convierte en un fenómeno social del que surge la posibilidad de tratamiento, la posibilidad de la medicina".

A favor de ese regresar a una reflexión clásica sobre la histeria van las siguientes líneas.

## DE OTRAS IMPOSIBILIDADES: EL GIRO HERMENÉUTICO.

Pero una dificultad aún mayor para la atención de ese *totum revolutum* que etiquetamos como Trastornos Psiquiátricos Menores procede a mi

56 Berger, J. (2008). *Un hombre afortunado.* Barcelona: Alfaguara.

juicio de un profundo error lingüístico que traduce como síntoma cualquier queja formulada en una consulta médica.

Los viejos polvos que prometían desde la OMS la utopía de una salud como máximo desarrollo de las capacidades humanas trajeron estos lodos que medicalizan la vida cotidiana y buscan un seguro contra la infelicidad en el consultorio médico. El "no disfruto de la vida" etiquetado como anhedonia y tratado como síntoma depresivo es la caricatura de ese proceso que promete felicidad con los inhibidores de recaptación de serotonina. De la escuela llena de niños con trastornos de atención, al comedor con anorexias; desde el asilo abarrotado de depresiones, al taller lleno de maltrato laboral, todo termina buscando consuelo en la sala de espera psiquiátrica.

El primer error que sustenta el agotador ejercicio médico de recoger malestares para dirigirlos a alguna agencia psicosocial, es no percibir que el lenguaje común, el de los usuarios y sus exigencias de soluciones, se está imponiendo en su literalidad sobre el saber clínico y las posibilidades reales del médico. Según ese idolecto dominante el dolor o el síntoma no son verdaderos o falsos, sinceros o fingidos sino que simplemente deben ser resueltos por el médico. Descartar la queja como no médica y por ello ni tributaria de tratamiento, ni de envío al especialista genera un primer momento de sorpresa seguido de otro de indignación-protesta por parte de la población quejumbrosa. Un caos de dolores, cansancios, malestares, "ansiedades" y "depresiones" con exploraciones normales son sometidos a tratamientos pseudoempíricos al aceptar el médico complaciente la definición del problema como algo de su competencia. Tratamiento que perpetúa el desencuentro entre un enfermo al que no se le encuentra patología y un sistema que facilita trashumar por pruebas y especialistas cuando desde el principio debería evitarse el disimulo sobre la sospecha de búsquedas de ventajas o la confesión de incompetencia medica para enfrentar esa malestar.

La vieja jactancia médica en tratar, no las enfermedades que conoce y se adaptan al modelo anatomoclínico que estudió, sino todos los malestares biopsicosociales, se complementa a la perfección con el deseo de pacientes que se mienten a sí mismos sobre el origen de sus males y desplazan el malestar de sus vidas al de sus cuerpos. El marco de la entrevista médica permite ignorar lo mal que van las relaciones de pareja, las atroces relaciones de explotación laboral (¿doctor, padeceré mobbing?), el ruido de los vecinos que impide dormir y la ausencia de cualquier vínculo social sereno.

En lugar de hacer balance de esa situación vital y llamarla desgracia, su desplazamiento hacia malestares del cuerpo y/ o la etiqueta depresiva, oculta bajo el manto médico lo mal-vivido cotidiano. Con ello en lugar de pensar con prudencia en actualizar cambios que hagan mas humanas sus vidas, los usuarios quejumbrosos buscan mejorar su salud mediante interminables escaladas de cuidados médico-psicológicos.

Por eso hermenéutica es el primer término a retener para enfrentar y entender al grupo de Usuarios Cronófagos que agotan el tiempo del clínico. La hermenéutica, como el hablar en prosa, es algo que todos ejercemos sin darnos cuenta, tanto en la consulta como en la vida cotidiana, cuando "traducimos" el caos de percepciones que constituye lo real en lenguaje coherente. Por eso hermenéutica es un termino que ha pasado de ser un cultismo asociado a las técnicas de lectura e interpretación de textos bíblicos a ser el koiné filosófico de nuestro tiempo.[57]

Desde el "giro hermeneutico"[58] se afirma que la interpretación, no es solamente una técnica de traducción, ni un método equivalente a la mate-

---

57 Pardo, J. L. (2002). *La Búsqueda del Sentido.* Madrid

58 Giorgio Agamben en *La potencia del pensamiento* (Barcelona: Anagrama 2008), es el autor que a mi juicio nos enseña el uso de ese concepto tomado de Gadamer para redescubrir los viejos estigmas en el homo faber postmoderno.

mática en ciencias humanas, sino la base radical de la existencia humana. Interpretar no es una actitud que el hombre hace después de resolver sus necesidades vitales. Existir es interpretar, estamos siempre en una interpretación, somos interpretación antes incluso de ser conscientes de ellas.

Castilla del Pino ha insistido en subtitular su obra más importante como hermenéutica de la conducta humana[59] para subrayar la incapacidad del hombre para vivir en una realidad unívoca y no mediada por las trampas del lenguaje. La reverencia por su nombre mientras se practican unas terapias opuesta a sus ideas y coincidentes con las hipótesis de López Ibor es una de las hipocresías que más me sublevan de la llamada psiquiatría progresista española.[60]

Convivir es traducir la conducta del otro, atribuirle sentido y contestar ese sentido con respuestas que necesitan nuevas reinterpretaciones que articulan la dialéctica[61] de la situación. Los humanos a diferencia de los animales, aguantamos muy poca realidad y desde el principio necesitamos verbos en pasado y en futuro, expresiones en condicional, metáforas para enfrentar nuestras vidas sin pensar la realidad de una fábula llena de furia y ruido que nada significa. Cegarse frente a ese absurdo existencial y la necesidad de tomar decisiones basadas en la inseguridad y por ello cargadas de angustia es lo que llama Sartre mala fe. Su reproche a la psicoterapia por construir un sistema de consuelo con la mentira vital que niega esa libertad trágica me parece de nuevo algo importante de retener

---

59 Castilla del Pino, C. (1972). *Introducción a la hermenéutica del lenguaje*. Barcelona: Península.

60 Cada vez que recete un antidepresivo para tratar una agorafobia estará confirmando las tesis contenidas en *Las neurosis como enfermedades del ánimo* o cada vez que prescriba ansiolíticos para un vértigo apoyará su práctica en Los equivalentes depresivos. El libro *López Ibor* (Madrid: Biblioteca Nueva, 2007) de Marino Gómez-Santos es una buena medicina contra la amnesia práctica.

61 *Dialéctica de la persona, Dialéctica de la situación* (Barcelona: Península, 1975) es el título que mejor resume el método y la obra magna de Castilla del Pino.

si se quiere no dar pseudo-respuestas técnicas a lo que requiere apuestas existenciales ("doctor, ¿será bueno para mi salud mental el engañar a mi pareja?").

El médico ha entrenado su mirada para reducir la queja o el dolor a una lesión anatómica o a una variación de una proteína que nada expresa de la biografía del hombre. La enfermedad física es fruto del terrible azar, del error celular y buscar alguna lógica expresiva en su emergencia, ha sido la fantasía que guió los disparates de la medicina psicosomática. Esa búsqueda de sentido en la patología, incapacita al médico para desarrollar una atención específica al enfermo como objeto donde se buscan cambios de color en la piel o incipientes signos de mal función del medio interno. La endémica perplejidad del paciente al que le comunicamos un diagnostico –"¿pero si nunca fumé como sufro cáncer de pulmón?"- y su queja de la ausencia de sentido, debería provenirnos contra un exceso en sus expectativas: el sentido nos parece poco, porque esperábamos el suficiente para superar nuestra propia contingencia, el hecho de ser nosotros mismos el resultado de azares que nunca podemos apropiarnos.

Los pacientes tienen sistemas de creencias sobre el mundo médico no rebatibles por la educación sanitaria cuya genealogía tendremos ocasión de examinar a partir de un sugerente texto freudiano. Pero antes de explorar esa hermenéutica de la sospecha, un estudio de la propaganda farmacológica y del habla común informa mejor sobre el sistema vulgar de creencias sobre la salud y su base esencialista -soy reumático o nervioso aunque ahora no tenga reuma o depresión- que los tópicos manuales de comunicación con el paciente. Para el sistema de creencias popular, el cuerpo es asimilado a una especie de máquina (la más perfecta) y sus averías con fallos de piezas o sistemas como ocurre con el automóvil. El médico como el mecánico en el taller debe levantar la capota, revisar el motor y reparar o cambiar las piezas dañadas.

Pero también los hermeneutas nos avisan contra sus abusos al atribuirle el monopolio del malestar: no todo problema es un conflicto de interpretaciones o de mala comunicación médico- enfermo. En muchas ocasiones existen conflictos de intereses reales que solo cabe resolver en el marco de la lucha contra el engaño o el autoengaño, usando de la polemología[62]. El engaño del paciente al médico, la simulación y sobresimulación son situaciones tan corrientes en la consulta como obviadas por una falsa convención de armonía en la relación clínica. De nuevo los grandes descubrimientos freudianos, hoy tan olvidados nos la habían descrito hace un siglo: hay pacientes que no buscan la curación porque su enfermedad les proporciona ventajas primarias, secundarias o terciarias.

A todos esos tópicos van dirigidas las siguientes reflexiones.

## DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA POPULAR.

Freud es un pensador que trasciende con mucho a la clínica, pero algunos de sus descubrimientos son instrumentos imprescindibles en la deconstrucción de la demanda médica en la postmodernidad y estas líneas repasan algunos de esos hallazgos comenzando por sus primeros estudios sobre la histeria.

Afirma en ellos que la mirada médica, cuando se aplica a las trastornos funcionales, no solo se extravía, sino que habitualmente se convierte en iatrogénica al buscar y actuar sobre el cuerpo real cuando esos trastornos están conformados en otra clave anatómico –fisiológica: el cuerpo imaginado por el enfermo.

El médico ha conformado su mirada y su discurso tanto en los estudios anatómicos del cadáver como en una fisiología basada en la noción

62 Rafael Sanchez Ferlosio acaba de publicar en Destino *Gold-Gun*. Apuntes de *polemología*, muy útiles para enfrentarse a demandas falsas o desmesuradas de los pacientes con la guerra más que con el diálogo.

de medio interno que renuncia a pensar una bioquímica diferente de la química. El enfermo no recibe reflejos pasivos de ese discurso científico, no carece de un discurso anatomo-fisiológico, sino que la fantasía del paciente respecto a como es su cuerpo está determinada por otro sistema de creencias no por naïf menos eficaz sobre su conducta que la del médico.

Las ideas contenidas en el articulo de Freud de apenas tres paginas -"Las diferencias de las parálisis y anestesias histéricas y orgánicas"[63] - debía ser por eso de lectura obligatoria en la formación clínica. Ese texto define la incomunicación médico-paciente en base a las diferencias con las que ambos construyen su discurso. Las parálisis de causas físicas siguen una distribución que cumple los criterios anatómico-cerebrales esperados por los mapas neurológicos del SNC: son hemilaterales entre la cara y el cuerpo, las afasias coinciden con las lesiones izquierdas del cerebro y las anestesias cumplen los criterios esperados por la anatomía científica.

Frente a ellas, las parálisis o las anestesias histéricas que sus pacientes consultaban a Freud, se distribuyen según una anatomía popular y afectan a la pierna y el brazo del mismo lado de la cara o distribuciones aún más fantasiosas según la distribución que esos mapas anatómico -vulgares suponen "parálisis en media o en calcetín, anestesias en guante ", etc.

La fisiología histérica también permite imposibles como pasar del "no puedo moverme por el cansancio matutino, pero puedo hacer todas las tareas hogareñas por la noche" o también "no logro mantenerme en pie para caminar pero puedo ir en bicicleta". El colmo de ese absurdo lo gana un paciente que pretendiéndose afecto de fatiga crónica que le impedía trabajar, subió una dura cumbre en bicicleta llevando una bandeja en presencia de la prensa especializada.

---

63 Freud, S. (1893a). *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. En Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

Cualquiera que hoy escuche los puntos dolorosos fibromiálgicos o cualquier relato neurasténico y no recuerde el texto freudiano, formulando un plan terapéutico para combatir los síntomas del relato literal de sus pacientes, estará iniciando una escalada terapéutica, repitiendo una práctica médica "basada en lo objetivo" igual de iatrogénica que la que en el contexto prefreudiano trataba con choques eléctricos y cirugía la histeria. El médico que trata esos cuadros que no se adaptan a su modelo anatomoclínico, con el arsenal médico-quirúrgico habitual, como el Dr. Fausto, intenta manejar fuerzas que no conoce, y en lugar de comunicar a sus pacientes el limite de su saber y por ello de su practica, no defrauda como debe su petición actuando como mago. En el fondo esta dejándose seducir por la atribución de omnipotencia que los pacientes le atribuyen manteniendo una praxis que so pretexto de tratamientos empíricos derrama terapias cada vez más agresivas e injustificables desde su saber real. La paradoja de una lengua que no diferenciase entre "sentir dolor" o "fingir sentir dolor" parece haberse producido ya en medicina y algunas pacientes con fibromialgia reciben una analgesia superior a los que padecen cáncer.

## DOLOR VERSUS SUFRIMIENTO.

La poca tolerancia de los humanos a la realidad[64] que comentamos, les lleva a crear lo que J. A. Marina[65] llama "ficciones necesarias": atribu-

64 T. S. Elliot, cuando escribió sobre los" hombres huecos " ("los devotos de la maquina") tratando de limpiar el dialecto de la tribu, escuchó al pájaro decir a los niños ocultos en la fronda:
"Idos, idos, nos dijo: el ser humano"
no puede soportar demasiada realidad.
65 En *La pasión del poder* (Barcelona: Anagrama, 2008), el autor presenta de forma provocativa sus tesis sobre nuestra carencia real de dignidad o derechos y la necesidad de defender su existencia como irrealidades necesarias.

ciones de sentido que al desnaturalizarnos, nos da acceso a la ética y nos permite vivir lejos de la selva darwinista a la que un realismo materialista nos arrojaría.

El dolor y el sufrimiento anticipado o vivido de forma vicaria, extrema esa necesidad de dar sentido al sufrimiento: los postmodernos dice Sloterdij[66] lejos de aceptar el dolor como un dato natural buscan una algodicea que dé sentido al dolor que substituye la teodicea que antiguamente buscaba dar sentido al mal. Solo Rilke escucho leones que nada sabían del dolor o la muerte mientras duraba su esplendor. Frente a ellos el hombre siempre mira al futuro o al pasado rememorando dolor y anticipando la muerte. Por eso sin un contexto de sentido, el dolor es imposible de soportar. De nuevo olvidamos a Rilke cuando afirmaba en medio de una atroz leucemia que sin sentido personal, el dolor era absolutamente inhumano y sólo si se gestionaba en el contexto de una muerte propia, se humanizaba por la aceptación de lo abierto que nos separa del mundo animal.

"Me vino la enfermedad", "me dan dolores", substituye hoy a cualquier relación genealógica entre biografía–síntomas que supere el indiferenciado estrés. Cualquier relación del sujeto con el hacer su enfermedad ("hizo un ictus" dicen los internistas) esta excluida aunque sea tan evidente como en el texto que comentaremos donde Manuela de Madre recuerda su vocación de bailarina frustrada transformado en dolor fibromiálgico.

Muchas de las escaladas medicamentosas que se producen en las Unidades del Dolor y terminan en bombas de morfina son el producto de olvidar esa algodicea y substituirla por una relación literal y técnica con el dolor: cuando el paciente afirma que su dolor no baja de una escala que

66 Sloterdijk, P. (2002). *El desprecio de las masas.* Valencia: Pretextos.

lo mide entre 0 – 10 se da un analgésico más potente. Aceptar nuestra incapacidad para cuantificar el dolor situándolo en un contexto hermenéutico para su interpretación permitiría al sujeto reapropiarse de su sufrimiento. Confundir sufrimiento –una situación global que afecta a la totalidad de la persona- con dolor -circunscrito y difícil de empalabrar por su violencia- es comprensible en la falsa conciencia del paciente, pero injustificable en su terapeuta que precisamente debería traducir ese falso dolor como metáfora de una biografía desgraciada.

Parece que somos incapaces de oír ¡ay! sin confundir por falta de discernimiento sus significados. El dolor es siempre un lenguaje privado y de ahí la necesidad de incluirlo en la historia vital del doliente. Recordar cómo la madre con su simple presencia limitaba el dolor infantil, o cómo el padre contaba un relato heroico donde incluirlo, permite que el terapeuta se reapropie de esos papeles salutíferos. Medicalizar exhibiendo un falso poder analgésico, conduce a una escalada simétrica de quejas de dolores improbables y tratamientos excesivos, ante la que debemos recordar cómo la vieja cirugía contra la histeria terminaba siendo la venganza del médico contra la insumisión de la paciente a curarse. Incluso en cuidados paliativos siempre tengo la impresión de que la esterilidad del esfuerzo analgésico y su iatrogenia podría ser evitada con una habitación individual, una relación dialógica entre el médico y el paciente y un medio acogedor donde un personal cuidador con praxis simpática se pusiese en la piel de la persona sufriente que anticipa su muerte. Frente a la actitud altiva del médico que trata de apagar el dolor con una farmacología cada vez mas agresiva o un personal que banaliza con bromas el drama, situar el dolor en su contexto personalizado, tratando de colaborar con la familia en la contención del miedo a una situación aterradora, rompe el circulo vicioso de la búsqueda del analgésico perfecto.

## APARENTANDO SABER: TRAS LA DSM-III.

La practica psiquiátrica anterior a la DSM-III era una especialidad modesta, un pensamiento débil que se reconocía como artesanal, condicionado tanto por las llamadas psiquiatrías nacionales (nadie aceptaba el termino Bouffée Delirante fuera de Francia), como por la elección de una escuela teórica que admitía a las demás.

Era una práctica que por ello no aspiraba a un saber totalizador y aceptaba la no objetividad de sus diagnósticos y tratamientos: como en el resto de las artesanías cada maestrillo tenía su librillo y ninguno aspiraba a la universalidad impositiva de sus esquemas. Naturalmente ello suponía reconocer lo precientífico de dichas prácticas y la necesidad de acoger los diagnósticos psiquiátricos sin intentar igualarlos a nivel clínico o legal con los dictámenes médicos basados en la objetividad de la anatomía patológica o el laboratorio.

La vocación psiquiátrica constituía por ello una práctica de riesgo en el sentido de P. Bordieu[67]. Frente al ingeniero o el cirujano que aseguraba su capital cultural en una profesión segura, el psicoanalista como el bailarín de ballet, arriesgaba una tremenda inversión de tiempo y dinero para un fin incierto al que cualquier accidente en la formación o la evolución de su actividad podía arruinar.

La pretensión de la APA de lograr una clasificación científica de los trastornos psiquiátricos, una descripción ateórica, empírica y basada en la evidencia siempre me recuerda al Milagro de la Traducción de la Biblia por los Setenta en el siglo III antes de Cristo[68]. Cuenta la tradición que setenta

---

67 El gusto por la psicoterapia ha sido analizado por este autor como un rasgo especifico de clases medias en ascenso similar al gusto por el arte puro. Especialmente en *Cosas Dichas* (Barcelona: Gedisa, 1999).

68 Navarro, J. (2008). *El experimento de Holmes*. Ed. Mercurio.

traductores judío- griegos fueron reunidos en la Alejandría del gran faro y la gran biblioteca, por Ptolomeo II Filadelfo para traducir el Antiguo Testamento. Separados y aislados en celdas, coincidieron en un texto idéntico incluso en el orden de las palabras. Esa traducción de los 70 fue interpretada siempre como un milagro: solo el Espíritu Santo podría lograr que la palabra revelada en Arameo coincidiera con la palabra traducida al griego como si del desarrollo de una formula matemática se tratase.

Desde luego la forja de las categorías centrales de la DSM-III[69] no se desarrolló en el interior de ninguna celda sino en el fragor de batallas gremiales donde se votó la existencia o inexistencia de neurosis, perversiones y trastornos límite de personalidad con la lógica maquiavélica de cualquier institución político- administrativa para llegar a consensos ajenos a la ciencia.

La motivación real de sus creadores fue de orden gremial: restablecer el prestigio psiquiátrico en el mundo médico y judicial donde estaba realmente bajo mínimos tras las demoledoras críticas de los años 70. La homogenización de diagnósticos y la facilidad de acceso a la categoría de Trastorno posibilitó una remedicalización de las prácticas psiquiátricas que en coalición con los biopoderes de la administración no ha parado de crear casos. Legitimar como diagnóstico y practicas de tratamiento de consenso por parte de los patrones de la DSM-III algo tan absurdo como neurolépticos más terapia dialéctico -conductual más budismo zen para el Trastorno Límite es algo tan real como irracional que ejemplifica ese parto de los montes llamado DSM-III.

Superficialidad frente a atención a lo profundo fue la nueva consigna postDSM-III. Frente a la pretensión de la APA de establecer diagnósticos

---

69 Kirk, S. A., Kutchins, H. (1992). *The Selling of DSM*. New York: Aldin de Gruyter. Se trata de un texto sociológico sobre los múltiples movimientos micropolíticos con los que se llegó al consenso contra las neurosis o en favor del Trastorno Límite.

"empíricos y ateóricos", Freud ya había comparado los mecanismos de somatización con una traducción. A veces los acontecimientos vitales, los dramas biográficos son tan dolorosos, que su memoria resulta imposible y la representación mnésica es anulada. El afecto reprimido crea un campo no consciente que atrae todo acontecimiento no rememorable. La somatización o el síntoma emergen cuando la vivencia a través de la palabra se obtura porque genera ese dolor de recordar lo invivible. El dolor o el síntoma se construye por ello como substituto o metáfora: la traducción corporal o ansiosa de un conflicto del que la persona sólo sabe huir.

## LUCHA DE VERSIONES: DERROTA ILUSTRADA Y TRIUNFO DEL RELATO HISTÉRICO.

La aceptación de las quejas subjetivas sin dudar de su literalidad y la pereza para cualquier esfuerzo por dotarlas de significado biográfico, consiente la actual epidemia psiquiátrica. Cualquier malestar que no cabe en otra categoría médico-social es etiquetado como trastorno psiquiátrico y dotado de unas siglas que le da venia de acceso al tratamiento. El diagnóstico psiquiátrico constituye así una especie de diploma al revés que capacita para vivir protegido de conflictos, litigar en pos de una pensión o tener disculpa penal. El chismorreo periodístico es experto en explicaciones psicopatológicas del encuernamiento y pequeños dramas con que comercia. Todo juicio penal tiene una parte de sesión clínica oficiada por psiquiatras que discuten cuanto de loco y cuanto de malvado padece cada acusado.

Aceptar el dolor como algo primario que hace referencia a una experiencia interior y puede ser clasificado por su descripción subjetiva, conduce a una tautología llamada fibromialgia. Si me duele el músculo y por eso padezco fibromialgia y padezco fibromialgia porque me duele,

estamos en un discurso donde la etiqueta que certifica la realidad de la enfermedad construye una neoversión de la Histeria. Depresión es otro de los nombres postmodernos de lo mismo que ya circula en el lenguaje cotidiano: "estoy distímico" refiere ese disgusto con la realidad y esa huida del mundo hacia la fantasía neurótica que antaño caracterizaba el Bovarismo.

Un texto freudiano sobre los beneficios sociales que la practica psicoanalítica puede tener en cuanto ilustración sobre el significado-finalidad de los síntomas neuróticos muestra hoy tanto su verdad como su anacronismo.

"El éxito que la terapia puede tener en el individuo (al hacerle sospechar sobre la literalidad de su síntomas G. R.) habrá de obtenerlo igualmente en la colectividad. Los enfermos no podrán ya exteriorizar sus diversas neurosis –su exagerada ternura angustiada destinada a encubrir el odio; su agorafobia, que delata su ambición defraudada, sus actos obsesivos como medidas de seguridad contra sus propósitos perversos –en cuanto sepan que todos los demás familiares o extraños a los cuales quieren ocultar sus procesos anímicos, conocen perfectamente el sentido literal de sus síntomas y advierten que sus fenómenos patológicos pueden ser interpretados en el acto por todos. Pero el efecto nos limitaría a este ocultamiento de síntomas, pues la razón de ocultarlos quita toda razón de ser a la enfermedad. La comunicación del secreto ha atacado la ecuación etiológica de la cual surgen las neurosis; ha hecho ilusoria la ventaja de la enfermedad y el resultado final no puede ser más que la desaparición de la enfermedad".

En un periódico local se transcribe el discurso de una veterana fibromiálgica ante la Liga Reumatológica Asturiana.

"Hace 10 años cuando me diagnosticaron fibromialgia, me dijeron que tenía una enfermedad psicológica me dijo E. C. El testimonio de E. C

coincide con el de muchos otros enfermos reumáticos que han visto en muchas ocasiones cómo esta enfermedad crónica no recibía la solidaridad, el respeto y la justicia requerido".

Tras un truculento relato sobre las desgracias ocasionadas por su trastorno, la paciente concluye que gracias a la asociación de las 2. 050 personas que en Asturias militan, se ha logrado que su enfermedad "sea reconocida laboral y asistencialmente". La escucha de estas quejas tiene un especial eco en Cataluña y el mismo periódico subraya como la Caixa ha subvencionado para estas enfermas, tanto un tratamiento de fisioterapia a domicilio como la asistencia a un moderno centro de Talasoterapia.

El libro de Manuela de Madre *Vitalidad Crónica*[70] constituyó un importante aporte discursivo para la construcción del lobby fibromiálgico. El texto marca muy ingenuamente la importancia del etiquetado médico como momento primordial en la construcción de la falsa identidad fibromiálgica. Si hasta que es diagnosticada como tal, la Sra. De Madre oscila entre el miedo a padecer una enfermedad desmielinizante y una alteración psíquica, una palabra pronunciada en la consulta médica cambia su vida.

Frente a la legión de clínicos que honestamente le dicen a Manuela de Madre que según su ciencia, basada en visualizar su medio interno, no padece ningún trastorno, su actitud es la desconfianza o la descalificación. No es que ella no tenga una enfermedad –sus dolores y cansancios lo prueban –sino que los médicos son incompetentes para detectarla.

De ahí su alegría y su declaración de amor a la palabra fibromialgia cuando un médico le confirma la autorización para relatar su autobiografía en formato médico. Si alguien duda de la fuerza preformativa de las palabras o de cómo se hacen cosas con el diagnostico, con la cita y las consecuencias de ese etiquetado espero le convencerá. Fibromialgia es un

---

70 de Madre, M. (2005). *Vitalidad crónica. Convivir con la fibromialgia.* Barcelona: Planeta.

término que dota a De Madre de un Capital Autonarrativo que la hace pasar del sufrimiento íntimo a la lista de best seller:

"Al oír la palabra mágica, habría saltado al otro lado de la mesa, habría abrazado a ese médico, le habría besado. ¡Cuánto le quise! La palabra en cuestión era fibromialgia. El doctor Miquel Vilardell me acababa de informar de que los síntomas que le había descrito, los resultados de las pruebas y análisis, el descarte de otras enfermedades daban como resultado concreto la fibromialgia. Por fin tenía la seguridad de que no me lo había inventado, no me había vuelto majareta, ni estaba desquiciada, no era la menopausia, ni los nervios. Había una palabra que se correspondía con una enfermedad reconocida por la OMS en 1993 y que esta registrada con la referencia M729. 0... "La alegría me desbordaba, no eran invenciones mías. Dicho así, a bote pronto, tal vez cueste entender que una persona salga de la consulta del médico dando saltos de alegría cuando le acaban de diagnosticar una enfermedad crónica. Sin embargo yo sentí alivio. No había cura para el dolor, ni se desvanecía la fatiga pero sí terminaba con a incertidumbre. De repente quedaba atrás un puñado de años yendo de un especialista a otro sin que ninguno fuese capaz de concretar que me pasaba. Los análisis salían bien. "Usted no tiene nada. Los análisis son de libro"... El diagnostico supuso para mi el principal punto de inflexión de esta enfermedad. A partir de ahí pude renovar las ilusiones".

Los logros de ese inaugural discurso victimista, obtuvieron un éxito espectacular cuando mediante una serie de protestas publicas las asociaciones de fibromialgia logran del Parlamento Catalán presidido por la propia Manuela de Madre, casi una docena de unidades hospitalarias especializadas en tratar fibromiálgicas  donde especialistas en el síndrome -verdaderos Falsos Amigos- trataran con analgésicos y cócteles farmacológicos cada vez más agresivos, unos dolores que lejos de encuadrarse en el cuerpo debieron ser interpretados como dolores del alma.

De ahí que la batalla por la ilustración de lo histérico parece haberse decidido a nivel público contra la profecía freudiana y hoy seguimos escuchando como las señoras siguen diciendo que van a coger flores cuando van a mear.

"Suponed que un grupo de señoras y caballeros de la buena sociedad han planeado una excursión campestre. Las señoras han convenido entre si que cuando alguna se vea precisada a satisfacer una necesidad natural, dirá que va a coger flores. Pero uno de los caballeros sorprende el secreto y en el programa impreso que ha acordado repartir a los excursionistas incluye el siguiente aviso "Cuando una señora precise permanecer sola unos instantes podrá avisarlo a los de más diciendo que va a coger flores". Naturalmente ninguna excursionista empleará la florida metáfora... Un número grande de pacientes situados ante conflictos cuya solución se les hacía demasiado difícil se han refugiado en la enfermedad. ¿Qué habrán de hacer estos hombres cuando las indiscretas revelaciones del psicoanálisis les impida la fuga. Tendrán que conducirse honradamente, reconocer, afrontar el conflicto y combatir o renunciar cuando la tolerancia de la sociedad a consecuencia de la ilustración sicoanalítica les prestara su apoyo".

Contra esa ilustración discurre hoy la escucha médica de quejas y dolores difusos, presa tanto de su incapacidad para romper las paradojas del ateoricismo, como de la megalomaníaca pretensión de tratar todos los malestares con prácticas basadas en la evidencia.

## MIS ENFERMOS ME ENGAÑAN.

La prehistoria del psicoanálisis tiene su acta de nacimiento en la confesión de Freud a Fliess[71] que funda su programa de investigación. "Mis

71 Freud, S. Cartas a Wilhelm Fliess. En *Los orígenes del psicoanálisis,* 1887-1902. En Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

enfermas me engañan: ya no puedo aceptar como real la descripción de sus traumas". Ése es el "gran secreto" del epistolario freudiano de 1897 que convierte a un investigador empírico que basado en la "evidence" (en las pruebas que su pacientes le suministran) había articulado una clasificación que separaba las neurosis según la precocidad del trauma o a la pasividad-actividad de la victima.

El valor intelectual de Freud para desechar un largo esfuerzo y unas hipótesis plausibles para abrir un programa de investigación incierto, pero capaz a la larga de interpretar la mentira como deseo de que la falsa escena traumática hubiese tenido lugar, crea el psicoanálisis. La interpretación de la fantasía del trauma sexual como deseo edipal, y la capacidad para actualizarla en la transferencia es sin duda fruto del genio freudiano. Pero quiero creer que también de su rebeldía ante la percepción de los horrores del tratamiento que sufrían las pacientes que eran tratadas de sus parálisis y anestesias en un plano real. A pesar de la reserva freudiana sobre su intimidad y su habilidad para encubrir los acontecimientos para construir sus sueños, el conocido como "de la inyección de Irma" es interpretado por algunos biógrafos freudianos como construido con el material proporcionado por una de las iatrogénicas intervenciones quirúrgicas de Fliess que termina con la muerte atroz de una paciente histérica.

Renunciar a la amistad y ayuda económica de Fliess para ser más amigo de la verdad, lleva a Freud al compromiso con una hermenéutica de la sospecha que busca la realidad del deseo escondido tras la literalidad del teatro histérico. Restablecer la historia familiar real frente al beato relato oficial de la familia y reelaborar los vericuetos del deseo que subyace tras el síntoma es lo que convierte a Freud en un ilustrado.

Jaspers y los fenomenólogos en general siempre sintieron que la posibilidad del engaño en la comunicación médico-enfermo limitaba el rigor y las posibilidades de la psicopatología. Depurar el lenguaje y el oído feno-

menológico para que tristeza tuviese una polisemia ligada a la tectónica de los sentimientos y clasificarla en endógena, reactiva o espiritual, suponía romper con la caracterización de la depresión por el simple "estoy triste" del paciente. Obligar al psicopatólogo a separar una pseudo alucinación por su exterioridad o corporalidad de la alucinación, era una estrategia de crear un lenguaje bien hecho. Afirmar que los síntomas psicóticos son monstruos psicológicos, figuras que como el delirio, no se pueden clasificar como anomalías del pensamiento condujo a la psicopatología lejos del lenguaje común por el que hoy transcurre. Separar las Reacciones Vivénciales, de la Patología Endógena en función de los cortes de sentido en el relato biográfico con incomprensibles saltos de conductas, solo explicable desde la irrupción de lo biológico, afirmaba la especificidad de lo tratable por el médico, del campo de la desgracia común o el sufrimiento ocasionado por la maldad psicopática.

Ambas herencias ilustradas -la freudiana y la jasperiana- han sido dilapidadas por una práctica psiquiátrica que acoge y reproduce en sus historias con bobalicona credulidad el discurso literal de pacientes que obviamente no viven ni sienten como dicen.

## BUSCANDO VENTAJA.

La primera clave interpretativa que Freud propone para encontrar lo común, el sentido de las metáforas y autoengaños del discurso neurótico, consiste en admitir una ventaja con el síntoma que a pesar del sufrimiento que ocasiona, equilibra el conflicto biográfico y evita un mal mayor. Algunos de esos equilibrios son tan sorprendentes como el delirio que mantiene la autoestima de Don Quijote y le hace caer en depresión mortal cuando se cura[72]. Otros tan cercanos al heteroengaño y tan efectivos

72 Castilla del Pino ha desarrollado ese tema bajo el epígrafe del *Delirio necesario* aplicándolo a varias obras literarias especialmente al Quijote.

que el médico debe aceptar la situación y no tratar, dice Freud, de descubrir, de hacer brillar la verdad aunque se hunda el mundo. Los clínicos alemanes más honrados practicaran ese arte del falso diagnostico -histérico en vez de epiléptico - para que sus pacientes no cayesen en la alguna de las categorías de vidas sin valor previstas en las leyes eugenésicas.

Respecto a ese dilema diario de descubrir ventajas tras las quejas, Freud escribe: "el interés del yo en el nacimiento y la persistencia de la neurosis no es privativo de los trastornos traumáticos, sino común a las neurosis. Ya hube de advertiros que el yo coadyuva a la persistencia del síntoma, pues hay en este algo que ofrece satisfacción a sus tendencias represoras. Además la solución del conflicto por medio de la formación de síntomas es la más cómoda y mejor adaptada al principio del placer, pues ahorra al yo una penosa y considerable labor interna. Hay casos en que incluso se ve obligado a convenir en que la neurosis constituye la solución más inofensiva y desde el punto de vista mas ventajosa de un conflicto, pronunciándose a favor de aquella misma enfermedad que ha sido llamado combatir ...hay en el mundo otras miserias y otros sufrimientos quizás más reales que la enfermedad neurótica ".

En otros textos precisa Freud algunas de esas situaciones: "Un honrado obrero que se gana la vida con su trabajo queda invalidado a consecuencia de un accidente profesional. Imposibilitado ya para trabajar, ve asegurada en parte su existencia por la pequeña renta que le pasa su patrono a cuyo servicio se hallaba cuando se produjo el accidente y aprende además a utilizar su desgracia para mendigar. Resulta pues que su actual vida miserable reposa sobre el mismo hecho que puso fin a su honrado pasar anterior. Si le curáis su enfermedad sin devolverle los medios de subsistencia su vida será imposible".

En la babel psiquiátrica hay legión de síndromes en los que la búsqueda de ventaja consiste en lograr salir mediante bajas o jubilaciones de situa-

ciones imposibles. Sujetos incapaces de enfrentar sufrimientos laborales o romper relaciones familiares patológicas debido a su pusilanimidad, encuentran en la medicalización un equilibrio ventajoso. La mayoría de síntomas de angustia –depresión no son síndromes secundarios al stress como dicen los manuales, sino que la ansiedad y la tristeza están incluidos en la situación de maltrato o malvivir cotidiano. Conseguir "cambiarla" sin otro esfuerzo que el patetismo de exhibir las quejas a la caridad medica es lo que logra la magia de las palabras distimia o angustia. Del mismo modo que no se pude ver nada de la Universidad de Oxford cuando se han visto todos sus colegios e instituciones, no se puede ver nada de ansiedad-depresión distinto de la situación en que se produce[73].

También la cronificación de estos estados reactivos depresivo-ansiosos, suele ser una consecuencia del etiquetado que obliga al enfermo a representar un papel similar al antiguo sinistrósico que se autolesionaba para escapar a un trabajo atroz. Todos los etólogos nos ilustran como el autoengaño es la mejor estrategia para no mostrar los marcadores del engaño. Si el sufrimiento se exhibe en la consulta, al tiempo que se afirma la propia ineficiencia para salir de la situación, la etiqueta de enfermo y la consiguiente condición de escuchado y a la larga pensionado, resultan el mejor equilibrio, si se carece del valor para intentar un cambio real de situación.

El relato de Manuela de Madre[74] sobre su enfermedad fibromiálgica lustra de nuevo el proceso de ventaja sintomática, al tiempo que detalla como l a enfermedad ciega el proceso de reapropiación del deseo que cualquier lector percibe. Su fracaso en el éxito político de agotarse tra-

---

73 Gilbert Ryle en *El concepto de lo mental* (Barcelona: Paidós, 2000), es el autor canónico de esa indistinción entre el sentimiento y la situación que a mi juicio ha sido mal interpretado por el monopolio conductista de sus hallazgos.
74 de Madre, M. *Op. Cit.*

bajando como alcaldesa, es una situación que enferma por no cumplir ninguno de sus deseos infantiles de gloriarse en el baile. El texto resulta conmovedor.

"Yo soñaba con ser bailarina, con las zapatillas y el tutú y no sé de donde me venía tal pasión. En casa no había tele, en el colegio se hacían representaciones teatrales pero nada d ballet. ¿Donde había visto yo ballet alguna vez? Tal vez en algún cuento. Iba todo el día de puntillas. Desde que me levantaba de la cama por la mañana ya caminaba de puntillas... Bailaba por casa pero era consciente que no podía pedir que me apuntaran a una academia. No había dinero para esas cosas y me quedé soñando con las zapatillas de raso... De mayor cuando me lo pude permitir ya era tarde para empezar. Ha quedado en un sueño porque ni siquiera he pensado en comprarme unas zapatillas aunque solo fuera para mirarlas y acariciarlas... Ay, ay que diría un psiquiatra de todo esto".

Por desgracia para ella, De Madre no encontró ese terapeuta que lograse relacionar la muerte de esa vocación de flotar en la música, con su trabajo actual sugiriéndole que la ventaja en sus dolores y cansancios era en el fondo una auto mutilación, sino que convergió con un reumatólogo que le dio un nombre para el dolor y la fatiga que la acompañan como pseudo- identidad que obtura el acceso a la historia real de su drama La ventaja con el síntoma y su relación con la quiebra de las fantasías infantiles tiene habitualmente un significado más complicado al cumplir varias funciones complementarias que Freud de nuevo describe.

"En los casos ordinarios la neurosis procura unas dobles o triples tipos de ventaja. Tomemos un ejemplo frecuente. una mujer a la que su marido maltrata y explote sin consideración alguna se refugiará en la neurosis cuando a ello coadyuve su constitución, cuando sea demasiado cobarde o honrada para mantener un secreto comercio con otro hombre, cuando no sea bastante fuerte para desafiar los prejuicios sociales, cuando no

sea capaz de rehacer su vida. La neurosis constituirá para esta mujer un arma defensiva y hasta un instrumento de venganza. De su matrimonio no le está lamentarse y de su enfermedad sí. Ha encontrado en el médico un poderoso aliado que obliga a su marido que en circunstancias normales no tenía hacia ella consideración alguna, a respetarla, a hacer gastos considerables y a permitirla ausentarse de su casa escapando de la tiranía conyugal por unas horas".

Un texto de V. Claudín expresivamente titulado *Me llamo Marta y soy fibromiálgica* explicita de nuevo como esta etiqueta pseudoidentitaria proporciona un guión vital que permite a una persona escribir un autorelato construido no desde su vida real sino desde un universo compartido vía Internet con otras colegas. "A todas las fibromiálgicas nos pasa que tenemos problemas de trabajo, de pareja, de relaciones sociales" es el estribillo que homogeniza los conflictos y dramas que fluyen por la vida real tanto de Marta y su pareja como de las otros miembros de la red.

De nuevo la escritura hace aflorar lo no consciente, cuando V. Claudín reprocha a Marta unas conductas en las que el texto freudiano podía haber descubierto el misterio de lo que titula"retazos de un conflicto inédito para una pareja que s e ha visto afectada por una enfermedad misteriosa", escribiendo:

"Tengo la sensación de que la fibro le ha afectado tanto que ya no ocupo en su sentimientos el mismo lugar que ocupaba antes ...es una mujer que me ha dado la espalda, que no se acuerda de mi cuando se cartea con sus amigas del foro fibromiálgico, que no me considera cuando hay gente delante. Por mucho que a mi me siga exigiendo las mismas atenciones y no valore la entrega a pesar de mis obligaciones... Para mi solo se trata de que Marta ya no es la misma"[75].

---

75 Claudín, V. (2004). *Me llamo Marta y soy fibromiálgica*. Madrid: La esfera de los libros.

Algo de ese precio que hay que pagar por las ventajas neuróticas conocía Freud cuando a pesar sus textos tolerantes con el equilibrio neurótico que comentamos termina su texto enfatizando como esa ventaja constituye una catástrofe vital próxima al masoquismo.

"Un árabe montado en su camello pasa por un abrupto sendero tallado en una abrupta montaña. En una revuelta del camino se halla de repente un león dispuesto a saltar sobre él ...la montaña a un lado y el abismo a otro cierran toda esperanza para el árabe de escapar a su destino El camello más inteligente que el encuentra el medio de burlar al león arrojándose con su jinete al abismo. Del mismo genero es la ayuda que el síntoma presta al individuo privándole de luchar heroicamente contra su destino".

## LA "CURA TIPO" FREUDIANA: ¿HAY CURA SIN PAGO?

Las rígidas normas de la "cura tipo", que Freud propone en sus Artículos Técnicos[76] son estrategias de conductas que bloquean las ventajas con los síntomas que buscan sus clientes. Fijar un horario que el paciente debe pagar acuda o no a las sesiones. Afirmar como única obligación del clínico la interpretación y no la cura. No prometer un tiempo de tratamiento para la conclusión o afirmar lo interminable del análisis Guardar una distancia afectiva que aparenta indiferencia que evite puestas en acto transferenciales, son otras tantas maneras de contener y contestar el sistema de ventajas neurótico.

Pero seguro que ninguno de esos rigores técnicos haya sido tan criticado y discutido como la insistencia freudiana en la necesidad de cobrar las sesiones de terapia incluso a pobres o a colegas. Quizás el escándalo

76 Freud, S. *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

ante esa franca exigencia del pago por la escucha, procede del descubrimiento de una evidencia que se redescubre durante la cura analítica y que tiene que ver con el hipócrita ocultamiento del dinero como motor de la conducta humana. El intercambio de tiempo por dinero rompe con la idea infantil de la benevolencia universal: de pequeños creemos que el panadero hace pan por vocación o el zapatero repara calzado por benevolencia. Ya de mayores descubrimos el horror económico que obliga a cambiar vida por dinero. Ese tiempo que en la fiesta o en la infancia fluye sin medir o contar, se condensa en horarios, en tiempo de calendario, en días negros y rojos que se deben vender como tiempo de trabajo por dinero, descubre durante el análisis que anticipan futuro y muerte.

La enseñanza del pago durante la cura tipo es que ninguna relación, por idílica que parezca puede escapar a la relación dineraria y que incluso la interpretación más certera y escandalosa del psicoanálisis -que el apego al dinero tiene que ver con la retención de heces o que el dinero es mierda congelada y desodorizada- solo puede ser eficaz si se descubre pagando en una sesión que evite la fantasía del psicoanalista desinteresado.

Entre la escasa clientela freudiana, el Hombre de los Lobos[77] constituye la única excepción que Freud hizo a esta norma del análisis mercenario. Dada la ruina del paciente por los avatares de la Historia durante su cura, Freud no solo lo trató gratuitamente sino que organizo colectas en su favor. Es un tópico en la historia del psicoanálisis que esa gratuidad y ese recibir dinero de Freud tuvo unos efectos nefastos tanto para su vida moral como para impedir su cura.

En las múltiples biografías posteriores al análisis freudiano, Sergio es descrito como alguien que ya mentía sobre su situación financiera para seguir percibiendo la colecta freudiana a pesar de haber recuperado algu-

77 es un texto de Nueva Visión que recoge la autobiografía de Sergio, los comentarios de Muriel Gardiner y el segundo psicoanálisis de Ruth Mack Brunswick.

nos bienes, cuando previamente había sido descrito en el articulo freudiano como un individuo veraz y de total confianza moral. En el enfrentamiento de sus desgracias también parece poco dotado para el juicio moral cuando contesta los gestos suicidas de su esposa con el ¿Porque si tu no eres judía?

A nivel social esa misma ecuación freudiana respecto al peligro de la ayuda indiscriminada al necesitado, articula los miles de artículos sobre el Dilema del Gorrón y los peligros de catástrofe etológica( sí prospera la crianza del que pone huevos en nido ajeno ) y moral que el aprovechado origina al estado del bienestar.

Las especies confiadas y tolerantes con los gorrones tienden a desaparecer. Por analogía desde Olson se especula sobre el futuro de Estados que toleran el crecimiento de poblaciones que viven del trabajo ajeno sin la aparición de un grupo de ciudadanos y estructuras desconfiadas que los combata.

Me temo que nuestro sistema público de asistencia mental fomenta el número creciente de enfermos profesionales de la pequeña patología que obtienen múltiples ventajas aparte de cobrar por su enfermedad. El centro de salud mental al tiempo que recoge sin filtros las falsas necesidades del síntoma trivial, las iguala con las necesidades reales de los pacientes graves. Esa falta de filtro y equidad, substrae tiempo de rehabilitación a los pacientes mentales defectuales y lo invierte en los grupos que mejor publicitan y reivindican sus necesidades: anorexias, trastornos de personalidad, somatizaciones. Atención al síntoma y escucha que sin el freno del pago o tiempo de tratamiento (¿quién es tan despiadado para discutir la asistencia de por vida a quien amenaza suicidio?), cronifican a una multitud por otro lado imposible de atender, dada su ilimitada voracidad para malgastar tiempo terapéutico.

La incapacidad de la entrevista psiquiátrica o la psicometría clínica para detectar al simulador ha sido convincentemente probada por Ramón Arce en el ámbito jurídico- pericial y sus trabajos sobre las diferencias en la Memoria de lo Percibido como técnica para descubrir la simulación son útiles mas allá del foro.

En la clínica diaria generalistas y psiquiatras hacemos pericias sobre la capacidad laboral de nuestros pacientes redactando numerosos veredictos sobre la Incapacidad Laboral Transitoria o la Invalidez. Somos jueces reales de ese campo que levanta la obligación de trabajar con sentencias (bajas laborales) refrendadas o rechazadas por los Servicios de Inspección Medica y Magistratura de Trabajo. Es una tarea ingrata que se hace sin plena conciencia del clínico que disfraza su función como burocracia o tareas menores de su práctica. Tomar conciencia tanto del importante papel que tenemos cada vez que facilitamos esos diplomas de incapacidad, como de que cientos de pacientes que estructuran toda su actuación en función de ese veredicto -hasta el punto de dejar de acudir a la consulta cuando son pensionados-, podría hacer a los psiquiatras menos cándidos y iatrogénicos. . .

## EL ENGAÑO DE JASPERS:
## LA OBLIGACIÓN DE DEFRAUDAR LAS DEMANDAS POPULARES.

Mariana Weber describe la vida buena en Heidelberg antes de que la Gran Guerra destruyese aquel mundo. Su bella casa fue entonces el centro del mundo académico europeo. Una casa siempre llena de visitantes eruditos y de émulos en busca de guía espiritual por el Titán (así de solemne nombra Mariana a su esposo).

Los domingos, el día en que formalmente "se recibe, Jaspers y su esposa Gertrud nunca faltan y aprovechan - con temor y temblor –las largas ve-

ladas donde el genio "agasaja con filosofía de la ciencia y moral calvinista mientras su esposa lo hace con jamón y borgoña"[78].

Los Jaspers son descritos por Mariana Weber como una pareja intimidada y reverencial ante el empaque y erudición de su torre de marfil, "pero encantadores en su sencillez". La amistad y las visitas a la casa de la pareja se mantienen durante toda la vida de Weber, quien en una de sus últimas cartas desde Munich, recomienda a su esposa combatir su soledad y sobreesfuerzo en recriar a sus sobrinos adoptados tras el suicidio de Lili Weber, con el apoyo de la fiel pareja.

Las biografías de Jaspers valoran como central para su carrera académica el apoyo que supuso para un joven profesor, la admisión en el aristocrático salón donde se repartían las cátedras de media Europa, cuando había sido recibido de uñas por los celos gremiales del departamento de filosofía contra un psiquiatra advenedizo.

Malquerencia contra el psiquiatra provinciano casado con una judía, que culminaría con su expulsión de la universidad durante el terror nazi y que determinó al matrimonio a "tener a mano" el cianuro por si el ejército americano no llegaba a tiempo de evitar su deportación a un campo de trabajo. Las relaciones de Heiddeger con Jaspers y su testimonio incriminatorio ante el tribunal de desnazificación, se entienden mal si no se percibe la repulsión jasperiana ante la traición de la aparente amistad filosófica del maestro que le había abierto hacia las categorías existenciales de decisión y libre responsabilidad. El "olvido" de ese apoyo mutuo por parte de Heiddeger en cuanto trepó al rectorado y su falta de decencia por no protegerle del horror, llevo a Jaspers tanto a escribir su esplendido trabajo sobre la necesidad de individualizar la culpa alemana[79], como al

---

78 Estas y las siguientes son citas de la biografía de Max Weber de Marianne Weber publicada por el FCE en 1995.

79 Jaspers, K. *El problema de la culpa*. Barcelona: Paidós, 1998.

abandono de esa tierra y esa universidad donde anidó los huevos de la serpiente.

Jaspers, como bien nacido es agradecido con Weber y en la monografía que le dedicó[80] llega a comparar su genio e influencia con los grandes del siglo XXI Nietzsche o Darwin defendiendo su memoria contra los biógrafos[81] que lo acercaron al nazismo La aceptación de lo Fragmentario como esencia del conocimiento humano, del Nihilismo de la ciencia por su inanidad para dar sentido a la vida, y del Decisionismo ético-político, le parecen a Jaspers una hazaña intelectual y moral comparable a la de Sócrates. Aportes científicos que junto al mandato central weberiano de **Incumplir y Defraudar** las demandas de guía vital de la multitud que busca amos en sus lideres, le son extraordinariamente útiles a Jaspers para orientarse en el campo psiquiátrico y no convertirse en un "diletante" o un "Maestro que enseñe a vivir". [82]

Afirmar que el sabio no debe ser guía moral, ni ejemplo vital, ni maestro de estética, ni puede enseñar nada sobre la totalidad o el sentido de la vida, constituye un arma critica fundamental de Jaspers contra la colonización de la vida por las tecnocracias médico- psicológicas que entonces se inician con esas pretensiones. El rasgo radical del científico o el político honesto que Weber señala frente al **Profeta o el Diletante** es el nítido reconocimiento del limite se su saber: nadie puede enseñar a vivir; todos somos expertos en juicios morales si usamos de la prudencia; el buen gusto estético no se aprende en la escuela y la biografía es un juego de decisiones inciertas y libres.

---

80 Jaspers, K. *On Max Weber*. New York: Paragon House, 1969.

81 Mommsen, W. (1984). *Max Weber and German Politics.* Chicago: University of Chicago Press.

82 Jaspers aplica todo el aparato crítico weberiano en sus textos contra la medicalización en una serie de lúcidos artículos recogidos en *La práctica medica en la era tecnológica* editado por Gedisa.

Autoengañarse sobre el carácter politeísta de la sociedad moderna buscando una teoría que totalice el saber sobre ella y vivir buscando guía o maestro, negarse a la auto limitación de elegir un daymon al que dedicarse a sabiendas de su parcialidad intelectual para dar sentido a la vida, es para Jaspers deslizarse por un camino de servidumbre. Esas son las razones de su critica radical a las escuelas de psicología profunda: substituyen la libertad existencial por la determinación inconsciente de lo voluntario y suministran una teoría que suplanta explicación por elección.

Las dos conferencias de Weber sobre la vocación de la ciencia y la política no han dejado de ser la referencia más citada en sociología o política desde su enunciación en Munich. Que no hay vidas logradas por la ciencia debido a que el progreso ininterrumpido impide un conocimiento del todo y que ningún moderno, a diferencia de Noe, puede morir "saciado de días y saberes" es una amarga verdad que debería ser recordada a los visitantes de nuestras consultas que piden les enseñemos a vivir.

Que lo cierto y verdadero, lo bello y lo bueno no coinciden en absoluto, ni en la teoría ni en las personas, es algo que la modernidad no ha dejado de confirmar: el filoso del siglo fue un nazi repugnante al que debemos seguir leyendo como maestro de pensamiento y la prosa de Céline nos deslumbra en su belleza aunque su autor sea un despreciable colaboracionista.

Ese límite y esa vacuidad del esfuerzo intelectual es lo que perpetúa la tendencia melancólica que asalta al científico cuando percibe lo intrascendente de su oficio. la enfermedad de de Weber, el desfallecimiento periódico de sus tareas intelectuales alternante con su productividad más que un proceso bipolar traducen a mi juicio esa visión trágica del esfuerzo titánico y al fin baldío por el trabajo científico que monopoliza el tiempo de vida sin darle sentido.

Algo de eso reconoce la Premio Nobel de medicina Rita Lévi cuanto hace balance biográfico de más de 80 años de una de las vidas más logradas que podamos imaginar con los versos de Yeats:

El intelecto del hombre ha de elegir
Entre la perfección de la vida y la de la obra
Y si elige esta, debe renunciar
A la morada celestial, rabioso y a oscuras
Y al final ¿Qué queda?
Con fortuna o sin ella, la labor dejo su huella
Aquella vieja perplejidad, su bolsillo vacío
O la vanidad del día, remordimiento de noche.

Jaspers fue el depositario de una patografía sobre la grave enfermedad mental que afecto a Weber. Consideró ese escrito uno de los principales textos psicopatológicos para entender la relación entre la enfermedad mental, la genialidad y el trabajo científico que se perdió cuando Mariana los destruyo por miedo a que cayesen en manos de gobierno nazi. Jaspers también trató con profesionalidad y ejemplar paciencia a Luckaks y proveyó de certificados de incapacidad medica para librarlos del alistamiento, a otros miembros del circulo intimo de los Weber. La devoción de Jaspers por Weber no cesa hasta la revelación por parte de Hannah Arendt de que Weber le había mentido reiteradamente sobre su impotencia sexual, ocultándole su doble vida amorosa. Mientras se mantenía asexual con su esposa, mantuvo de forma continuada relaciones sexuales con la joven pianista Mina Torber y de forma esporádica con Else Jaffe.

La desilusión de Jaspers con un personaje al que había incensado con frases como "con Weber nace un nuevo tipo de hombre: aquel que pone la verdad por encima de todo", supuso para Jaspers la confirmación de su desconfianza en las posibilidades de la sicopatología como ciencia. Nunca volvió a escribir una línea sobre el tema.

De sus escritos psicopatológicos le quedó en su docencia filosófica, la perseverancia en la idea de la necesidad de una escisión entre un Yo que

pertenece al reino de la materia y un Yo que pertenece al orden de la voluntad y la libertad.

Retomar ese criterio y aplicarlo al análisis existencial de la conducta, nos debería llevar a separar lo tratable desde el campo médico-la gran patología que destruye el núcleo interno de decisiones - de lo intratable profesionalmente por pertenecer al sujeto moral dotado de libertad en su conducta.

## EL CONFLICTO IRRESOLUBLE: "O ME DAS LA BAJA O TE RAJO".

Recientemente el autor de este articulo tuvo un juicio contra un paciente que acudió al Centro de Salud Mental, con un volante urgente y una demanda muy concreta: "O me das la baja o te rajo".

En la sentencia el usuario fue condenado a año y medio de prisión por una agresión que comenzó con el dialogo trascrito a pesar del intento de eximirlo de su culpa apoyado en un diagnostico de poli patología –Trastorno de Personalidad Limite, Alcoholismo, Depresión Ansiosa- sostenidos durante el juicio oral por dos psiquiatras de la defensa.

Como no creo que esa situación sea un hecho aislado que afecta a mi intimidad, sino que forma parte de un continuo de chantajes y violencia, que comprende desde el drama- hace unos años en Asturias se produjo el homicidio por una cuchillada del Dr. Jimeno a manos del padre de un paciente que le solicitaba un certificado para "sacar una paga para su hijo"- hasta la comedia -el histérico con pequeñas amenazas implícitas en las quejas tipo "no puedo trabajar y voy a hacer algo gordo" - quiero dedicarle la reflexión final de este escrito.

En ambas agresiones el conflicto básico no es ninguna crisis psicótica ni hay motivación subjetiva a la violencia personal, sino el logro por

medios brutales de esa ventaja de la que venimos hablando. En teoría el conflicto sobre la indicación de baja o invalidez por causa psíquica parece sencillo de resolver dadas las virtudes salutíferas atribuidas al trabajo desde la psiquiatría. En los manicomios existían talleres de terapia ocupacional y laborterapia porque se suponía que el trabajo constituye una especie de prótesis conductual que ordena el curso del pensamiento y da autoestima, mientras la desocupación constituye una fuente de defecto cognitivo, abulia y depresión.

Pese a ello el paciente sicótico en la comunidad, rara vez puede mantenerse en las relaciones de trabajo real y como es sabido en su mayoría lleva una vida de jubilado precoz protegido en "el dolce far niente" de la familia complementado en el mejor de los casos por actividades recreativo-artesanales.

¿Hay un continuo entre ese no poder trabajar del sicótico con la queja neurótica sobre la astenia, la irritabilidad o el dolor funcional que les lleva a reclamar como veíamos en la fibromialgia la condición legal de invalido? ¿Es el trabajo un lugar que con sus rutinas y sus vínculos sociales aporta salud mental o por el contrario un lugar de maltrato, estrés laboral o simple fatiga que todo el mundo procura eludir en cuanto puede?

El análisis de la crisis industrial asturiana –como he tratado de argumentar en otros lugares - afirma rotundamente la segunda tendencia. El grito reivindicativo que sonaba por debajo de las protestas obreras asturianas durante la crisis era sin duda el "Jubílanos, Jubílanos" Cuando logradas esas prejubilaciones, Asturias se desertizó industrialmente, muy pocas voces anticiparon el desastre que ello significaba para el futuro de su población juvenil. Personas con edades entre 40-50 años adquirieron una nueva identidad de Rentistas que de repente se convirtió en el estatus apetecido por cualquier trabajador que buscaba enfermedades reales o ficticias con las que lograr esa condición idealizada. Incluso los psiquiatras que trabajan

con adolescentes comentan esa trans-valorización del tiempo de trabajo considerado como un Hipermobbing Generalizado (la pregunta ya no es si sufre mobbing sino sí hay trabajo sin vivencia de daño y maltrato).

Ese ideal de Rentismo Generalizado junto el ascenso de la Picaresca o el Cinismo como ideología dominante (nadie es censurado socialmente por conseguir bajas o pensiones simulando enfermedad) parece lejano a nuestra practica diaria y necesitado a lo sumo de un análisis sociológico. Por el contrario variadas formas de Rentismo se convirtieron en una de las fuentes centrales de frecuentación médica y petición de consulta en psiquiatría durante el ultimo decenio.

La cuestión de los informes laborales y las bajas en una de las funciones que más tiempo ocupan a los psiquiatras envenenando sus relaciones tanto con los médicos de familia como con la inspección médica. Ya comentamos, líneas arriba, el malestar que esa función judicativa sobre lo laboral produce -"somos terapeutas"- y la habitual elusión con la que se intenta actuar. Pero la ley obliga a contestar la sencilla pregunta de inspección media sobre cuanto tiempo debería estar de baja un "paciente" que ya llevaba tres meses sin trabajar por un trastorno por ansiedad o un dolor no filiado, y eso descubre la atribución de poderes de adivinación de pensamiento para descubrir mentirosos . La invalidez transitoria o permanente por causas psíquicas carece de objetividad y remite como criterio de cronicidad a que el paciente persista declarando "me siento igual que al principio del tratamiento. Cuando esa declaración discursiva es confirmada por el psiquiatra -basta unas líneas en un informe – logrando la etiqueta de enfermo mental se cronifica una biografía en actitud de queja permanente que amarga la vida familiar, sobrecarga los servicios de salud y contribuye a la malaria moral del Gorrón.

Mantener los criterios desmedicalizadores no consiste solo en interpretar las bases biográficas de los malestares  sino que debe incluir rechazar

la baja por causas psíquicas menores obligando al paciente a trabajar porque eso es bueno para su salud mental y justo para su vida moral. Frente a ello el usuario suele argumentar que él conoce mejor que el psiquiatra sus necesidades y lo penoso de su trabajo que transforma turnicidad (relación laboral ciertamente penosa contra la que luchar colectivamente) en estrés que progresa a depresión.

Evitar ese choque de versiones y la violencia real que comporta, consentir la ventaja sin parecer tonto, suele lograrse evitando pronunciarse en los informes psiquiátricos sobre la indicación de la baja laboral. O lo que es lo mismo, devolviéndole el muerto al médico de familia que a su vez cuando la baja se alarga semestres, delegan en la inspección medica que a su vez solicita nuevos informes psiquiátricos con lo que se cierra el año que el Gorrón aprovecha como tiempo de baja.

Más allá de la ventaja, simulación es algo que todo el mundo sabe se produce cotidianamente  y que nadie pone por escrito a pesar de que sencillas analíticas prueban como en enfermos depresivos que mantienen tratamientos de años con ISRS no aparecen metabolitos de los mismos en la sangre mientras afirman en la consulta su malestar múltiple.

Mantener un cierto compromiso con la verdad puede conducir, como el caso de mi choque con el usuario arriba descrito, a tener no sólo alguna pequeña deformidad en la mano, sino a molestos juicios donde uno s se lleva la sorpresa de contemplar a los portadores del saber- todo un catedrático de psiquiatría acompañado por otro psiquiatra de la red -  actuando como peritos de la defensa disculpando a mi agresor con la atenuación de su delito por dudosos diagnósticos cuando afortunadamente cualquier lego-el fiscal o el juez en este- perciben la intencionalidad y simulación.

Consentir con esa credulidad que reprime la sospecha de ventaja tras el cansancio, el dolor o la depresión, produce un malestar en los clínicos que la postmodernidad califica de “queme profesional” pero que a mi juicio

traduce más la mala conciencia por la complacencia y el cansancio por hacerse el tonto.

De ahí que mas que pensar en una enfermedad profesional creo que ese fatiga laboral del psiquiatra se describe mejor como perdida de las virtudes previas a cualquier ejercicio de un trabajo vocacional: el compromiso con la verdad y el valor para afirmarla. La condición de paciente exige los datos definitorios de sinceridad en su discurso y voluntad de cura. Quien los viola, mintiendo o incumpliendo los tratamientos debería ser excluido de e la relación medica y durante un tiempo del sistema sanitario. Mi agresor fue dado de alta por decisión de todos los trabajadores del CSM donde trabajo y no fue admitido en ningún otro centro de la ciudad. Esa exclusión quizás roce lo ilegal pero su ejemplaridad hace que merezca la pena correr el riesgo.

Trabajar a diario con un lenguaje lleno de eufemismos que ocultan las mentiras o disculpan el mal, hace muy sombrío el futuro de una práctica medica que debería estar basada en las viejas virtudes vocacionales. Premiando al ventajista se fomenta su crecimiento arriesgándose a la larga a hacer realidad el pronostico de Dawkins[83]: la sociedad que no detecta y elimina gorrones, desaparece debido al crecimiento geométrico del numero de ventajistas que deja inservible para él y para todos los bienes comunes.

---

83 Richard Dawkins desarrolla la hipótesis de las consecuencias sociales del gorrón en sus dos obras magnas *El relojero ciego y El gen egoísta*.

*El síntoma, como el conjunto de la histeria, es portador de un mensaje, quizá torpe, a menudo irritante, siempre doloroso para quien lo transmite. Este mensaje inconsciente, que emana del inconsciente, sólo adquiere sentido cuando se descifra. La dificultad para descifrar estriba en que aquéllos a quienes va dirigido el mensaje están cogidos en la misma red, en el mismo sistema de actitudes, de costumbres y de pensamientos que han forzado al histérico a recurrir a un mensaje cifrado del síntoma. El síntoma es testigo de una lucha, de una resistencia, es resistencia.*

Lucien Israël. 1976.

# LA HISTERIA CAMALEÓNICA Y LA SEDUCCIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS: FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA[84]

JAVIER RAMOS[85]

Me resulta del todo imposible iniciar mi exposición en este ciclo de aproximaciones contemporáneas a la histeria sin hacer alusión, siquiera brevemente, a lo que se refiere a mi estado de ánimo al afrontar (y tratar de justificar) mi presencia en este espacio.

Cuando me lancé a la apasionante tarea de diseñar el programa de este curso, sentía ante mí la oportunidad de convocar a algunas de las más importantes voces de la práctica clínica psiquiátrica y psicológica de Madrid y de fuera de Madrid. Al tiempo que los diferentes ponentes se agolpaban en mi mente, a medida que iba considerando lo ilusionante y también lo dificultoso de su participación (¿aceptarían?), iba creciendo en mi interior un sentimiento de responsabilidad y de obligación en tanto que participante activo en el ciclo, más allá de la tarea de mero coordinador. Me iba resultando más y más inasumible permitirme la invitación entusiasta de importantes y destacados clínicos a una arena que yo, discretamente, renunciaba a pisar. De tal suerte que, sin duda con una osadía que hoy me parece inaudita, me incluí a mí mismo en un grupo profesional e intelectual que siento me supera por completo. Ya ven: me avergonzaba mi exclusión por acomodada y carente de riesgo y opté por una audacia que me parece hoy, aquí, que raya en la insolencia.

---

84 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 14 de mayo de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria".

85 jramospsic@hotmail.com

Pero ya nada de eso puede remediarse ni apenas atenuarse ahora, con lo que trataré de hacer algún aporte a este intento de aproximarnos a la histeria desde el escenario en el que trabajamos, vivimos y nos relacionamos: el escenario contemporáneo.

Adelantaré lo que considero serán las cuatro líneas fundamentales de mi exposición.

1. En primer lugar, el cuestionamiento de la Fibromialgia[86] y del Síndrome de Fatiga Crónica[87] como entidades "reales" y "positivas" que deban ser estudiadas y tratadas como tales.
2. Por otro lado, el intento de comprensión de estos fenómenos poniendo en juego elementos psicológicos, sociológicos, filosóficos, culturales, políticos ...
3. En tercer lugar, la apelación al concepto de histeria como herramienta básica para la comprensión de estas manifestaciones clínicas.
4. Y, finalmente, algunas reflexiones terapéuticas en relación al abordaje de estos cuadros.

Asimismo, y con el fin de aclarar el modo en que me propongo cubrir tales líneas expositivas, daré cuenta brevemente de los desarrollos con los que habría de cumplir.

1. Será necesario comenzar por una descripción (pretendidamente) desapasionada de la FM.
2. Continuar con una observación crítica de la FM, lo que supondrá abordar la cuestión del clínico posmoderno en la era del capitalismo de ficción.

86 FM de aquí en adelante.
87 SFC de aquí en adelante.

3. Querría conceder un espacio para profundizar en lo que supone una aproximación a la histeria desde una comprensión estructural de la misma.
4. Y terminar con algunos apuntes para una terapéutica de la FM y de la histeria

## FM. UNA GENEALOGÍA.

Quisiera comenzar con una aclaración que hace referencia al título de esta conferencia. Y es que, si bien es cierto que me refiero en aquél tanto a la FM como al SFC al hablar de la seducción puesta en juego por los nuevos diagnósticos, mi intención es centrar mi reflexión en la cuestión de la FM. Hace unos días, en esta misma sala, el Dr. Cubero ironizaba con el hecho de que pareciera como si la FM hubiese absorbido al SFC, como si aquella hubiese lanzado una especie de OPA sobre ésta. Lo cierto es que yo comparto su opinión, y lo cierto es que da la impresión de que, en los últimos años, la FM se ha ido sobredimensionando, no sólo en un sentido epidemiológico, sino también sintomático, de forma que ha expandido sus límites, asumiendo el elemento de la fatiga como uno más de sus componentes, quedando esa dimensión, antes sindrómica, convertida en síntoma de una entidad más amplia y abarcativa.

Me centraré, pues, en la FM. Empezando por rastrear su genealogía.

Es interesante señalar cómo, desde la posmodernidad en que asistimos al apogeo de este fenómeno, se llevan a cabo diagnósticos retrospectivos que sitúan la FM ya en textos bíblicos, en concreto en el libro de Job. Algo, por otro lado, no exento de matices fascinantes, en tanto en cuanto la mítica paciencia del santo puede evocarnos en gran medida *aquella belle* indifférence tan propia de la histeria ilustrada como ajena (en la mayoría de casos) de la tan habitualmente quejosa y demandante FM de la modernidad líquida.

En cualquier caso, es en textos médicos ingleses y franceses de mediados del siglo XIX donde aparecen las primeras descripciones clínicas de cuadros, a los que después se diagnosticará como de FM, y que recibirán en ese momento etiquetas diversas, algunas anodinas, como la de *reumatismo muscular* y otras memorables, como la de *neurastenia*.

Ya traspasado el umbral del siglo XX, en 1904, Gowers acuñará un término, el de *fibrositis*, que puede ser considerado, sin duda, como el antecedente más directo de la denominación FM, cuya eclosión ha de datarse en la década de los ochenta. Poco antes, en 1978, a partir de los trabajos pioneros de Smythe y Moldofsky, muchos reumatólogos empezarán a observar este conjunto de síntomas como constituyentes de una *enfermedad* diferenciada, con un estatuto propio, y merecedora, por tanto de un código diagnóstico particular. Sin embargo, habrá que esperar a 1990 para fechar el acontecimiento que marcará uno de los hitos fundamentales en la historia de este concepto. Ese año, el American College of Rheumatology lanza un potente estudio que pretende un establecimiento claro de los que habrán de ser los criterios diagnósticos de la FM. Con ese fin, se tomó una muestra de 293 pacientes diagnosticados inicialmente de FM y un segundo grupo de 265 individuos que sufrían otras dolencias reumatológicas cuyos síntomas podían confundirse con facilidad con los que aquejaban a los englobados en la categoría fibromiálgica. Así, se llegaron a barajar no menos de 300 variables, destilándose todo el trabajo de investigación en la determinación cuidadosa de dos criterios diagnósticos fundamentales definibles del siguiente modo:

1. La presencia de dolor musculoesquelético difuso durante al menos tres meses;
2. Y la presencia, en la exploración clínica, de un mínimo de 11 de los 18 denominados *tender points*, puntos de dolor cuidadosamente

determinados y ubicados, que se manifestaban en respuesta a la palpación digital con una fuerza de cuatro kilos por unidad de medida de superficie (expresada habitualmente en pulgadas cuadradas en los países anglosajones).[88]

He aquí los tender points, que han terminado por convertirse, en el imaginario popular, en prueba contundente para hacerse acreedor al diagnóstico de FM.

- Occipucio (inserción de músculos occipitales).
- Cervical Inferior (espacio intervertebral C6-C7).
- Trapecios (punto medio del borde superior).
- Supraespinosos (origen supraescapular).
- Segunda Costilla (articulaciones costocondrales).
- Epicóndilo Lateral (2 cm. distal de los epicóndilos).
- Glúteos (pliegue de los cuadrantes superiores externos de las nalgas).
- Trocánter Mayor (protuberancia trocantérica).
- Rodilla: (en la almohadilla de grasa de la cara interna de la rodilla).
- Músculos Escalenos.

Y he aquí (Figura 1) la situación de estos puntos de una forma más visual, en otro de los iconos de la cultura popular fibromiálgica.

En cualquiera de los casos, y junto al dolor "deslocalizado", varios son los síntomas que se han ido afianzando en las descripciones médicas autorizadas, alcanzando un estatuto de elementos de carácter positivo de cara

88 Ramos García, J. (2007). Fibromialgia y otros algoritmos asociados. ¿Nuevos destinos para la histeria? En A. Talarn (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder.

a un diagnóstico fiable. Así, la fatiga aparece en un 90% de los casos, hasta el punto de que el 80% de los pacientes con diagnóstico de FM cumpliría criterios de SFC. Por otro lado, las cefaleas están presentes en el 80% de los casos. Y junto a estos elementos preponderantes, quejas tan dispares (y, en principio, inconexas) como puedan ser sentimiento de debilidad, mareos, vértigos, depresión, ansiedad, disnea, sudoración excesiva, pérdidas de memoria, alergias, disfagia, dolor abdominal, osteoporosis, etc.

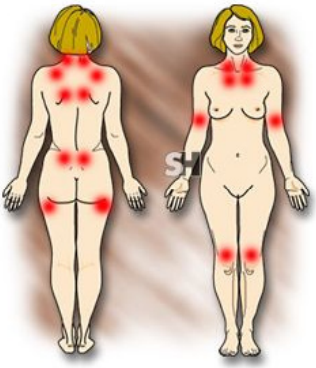


Figura 1

De tal forma que los clínicos que han de afrontar la demanda de estos pacientes se topan con un problema cuya carta de presentación es la multiformidad en la presentación clínica. A ello se une, como característica insoslayable, la feminidad del cuadro. La proporción de mujeres que sufre FM es diez veces superior a la de varones. Algo que resulta imposible pasar por alto para ningún clínico, y también para los que trabajamos en el ámbito de la Salud Mental. Tenemos también la cuestión de la etiología desconocida de la *enfermedad* y el curso impredecible, aunque tendente a la cronicidad. En lo que se refiere al arsenal terapéutico disponible, la

insuficiencia de los tratamientos es indudable, lo que fuerza a abordajes multidisciplinares que parten muy a menudo no tanto de reflexiones sostenidas sobre sólidas bases teóricas sino de empeños con vocación acumulativa y de alineamientos con la corrección política vigente. Igualmente reseñable es el hecho de que la FM es un síndrome cuyo diagnóstico es siempre realizado por reumatólogos o médicos de una u otra especialidad que, tras fijar esta etiqueta ya indeleble, remiten al paciente, de una manera prácticamente indefectible, al ámbito de lo psicológico-psiquiátrico. Pacientes que expresan un hondo padecimiento por una enfermedad que con alta frecuencia es incapacitante (al menos para el desempeño laboral o las tareas domésticas) y que son asumidos pesarosamente por los clínicos tratantes como pacientes difíciles y (esto es algo poco escrito en las publicaciones al uso o explicitado sin ambages en las sesiones clínicas, pero sí muy habitualmente expresado en reuniones profesionales informales) poco gratos.

Polimorfismo clínico, cuerpos sufrientes, un diagnóstico a la moda y que se realiza en consultas médicas (no psicológicas), feminidad, desconcierto y malestar de los clínicos, tratamientos barrocos e ineficaces, personalidades particulares de pacientes que acaban recalando en Salud Mental... ¿es posible pensar en todo ello sin rememorar la histeria inmortal?

## LA FM EN EL CAMBIO DE MILENIO.

Hablar de FM en el cambio de milenio no es, desde luego, hablar simplemente de un síndrome doloroso de etiología desconocida y para el que se propone un abordaje multidisciplinar. Porque la FM que ocupa las consultas en la sociedad del espectáculo[89] es mucho más que eso.

89 Debord, G. (1967). *La société du spectacle*. Paris: Éditions Gallimard. (Traducción castellana: *La sociedad del espectáculo.* Valencia: Pre-textos, 1999.)

Es un fenómeno rutilante tanto en el ámbito sanitario como en el extrasanitario, con una epidemiología desbordante, que arroja cifras de prevalencia de entre un 3% y un 8% [90], y se muestra con una cobertura mediática de gran y creciente magnitud, lo que supone que el número de publicaciones dedicadas al tema se haya quintuplicado durante el decenio que cubre el cambio de siglo[91]. Su presencia en los media más variopintos (prensa diaria, incluida la gratuita; revistas de divulgación especializadas en FM y SFC[92]; publicaciones del más estrambótico pelaje, como la revista de gastronomía del restaurador José Luis[93] ; libros de autoayuda[94] ; páginas web de los influyentes movimientos asociativos[95] ; programas de televisión[96] ; y, por supuesto, toda la literatura científica reputada) es incontenible, e irresistible el vigor que exhibe a la hora de constituirse en el *leit motiv* de fundaciones, lobbies, diferentes movimientos asociativos, estudios científicos o unidades superespecializadas[97] .

---

90 Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J. Russell, I. J. y Hebert, L . (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 19-28.

91 Goldenberg D, Smith N. (2003). Fibromyalgia, rheumatologists, and the medical literature: a shaky alliance. *J Rheumatol,* 30, 151-3.

92 En España, la revista *Biorritmes* es una tribuna dedicada en exclusiva a la divulgación de la FM y el SFC, y se inspira claramente en publicaciones semejantes nacidas en Estados Unidos.

93 Moreno A. (2003). Una enigmática enfermedad que afecta especialmente a las mujeres: la fibromialgia. *José Luis (Revista de gastronomía)*, 46, 18-9.

94 Claudín, V. (2004). *Me llamo Marta y soy fibromiálgica*. Madrid: La esfera de los libros.

95 Puede ser muy ilustrativo visitar algunas de las pertenecientes a asociaciones estadounidenses, como, por ejemplo, *www.afsafund.org; www.fmaware.org o www.fmpartnership.org.*

96 Dos días antes que se dictase esta charla, como cada 12 de mayo, se celebraba el *Día Mundial de la FM*. Con tal motivo, Televisión Española emitió en su prestigioso programa *Documentos TV* un interesante reportaje sobre esta dolencia en el que se reflejaba con claridad la concepción imperante en la escena científica contemporánea. La vertiente psicológica no estaba ausente, sino que tenía el bochornoso lugar que se le suele conceder en el capitalismo de ficción: superficial, exenta de todo pensamiento crítico, *naïf,* mercantilizada, libre del engorro de las motivaciones inconscientes...

97 Moren, P. (2003). Políticos y famosos apoyan la Fundación de la Fibromialgia. *Diario Médico*, 21 de marzo, 20.

El rótulo FM es, en los tiempos del absolutamente seductor capitalismo de ficción[98] , una categoría mórbida que, en tanto en cuanto se convierte en un emblema, aporta identidad a aquél a quien se le otorga. Una identidad terrible y poderosa, que los pacientes consumen vorazmente ("quieren un diagnóstico", "un informe en el que se les diga qué es lo que tienen") sin apenas darse cuenta de que su vida queda devorada, dulcemente, por aquella. Sobre esa identidad podrá apoyarse la reivindicación; desde ella podrán enjugarse fracasos personales (todo lo que no se logró, todo lo que no se puede hacer en el exigente mundo que sólo concibe el éxito, quedará justificado desde la condición de enfermo); pero en ella quedarán atrapados los pacientes –y sus diagnosticadores, y sus tratantes-, muchas veces de un modo irremisible.

## EL CLÍNICO POSMODERNO EN LA ERA DEL CAPITALISMO DE FICCIÓN.

Uno de los aspectos que querría resaltar hoy en este espacio se refiere a la necesidad de no olvidar que la enfermedad –como toda realidad- es un concepto que se construye socialmente[99] , inseparable de la cultura, del *zeitgest* imperante en cada época; que se ve afectada por el espíritu de los tiempos y por la sociedad que la reconoce y diagnostica. Es fundamental tener presente, como señala Israël en su delicioso trabajo sobre la histeria y los médicos[100] , *que la cultura de cada época tiene una poderosa influencia sobre los modos de expresión del sufrimiento humano.*

98 Verdú, V. (2003). *El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción.* Barcelona: Anagrama.

99 Me remito al imprescindible texto de Berger, P. L. y Luckmann, Th. (1967). *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday & Company Inc. (Traducción castellana: *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires: Amorrortu, 2001, decimoséptima reimpresión).

100 Israël, L. (1976). *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris: Masson. (Traducción castellana: *La histeria, el sexo y el médico*. Barcelona: Toray-Masson, 1979.)

*Y, del mismo modo, que cada cultura crea su propia respuesta a la enfermedad. Por el mismo síntoma de robo compulsivo uno puede ser ejecutado, tratado hasta la muerte, exiliado, hospitalizado o socorrido con limosnas o dinero público*[101] .

En la modernidad líquida en la que nos toca vivir, esto nos lleva al hecho –bien estudiado, por otro lado- de que no es posible una aproximación mínimamente certera a enfermedad alguna (la FM, por ejemplo) sin contemplar el escenario científico y mediático que acoge a dicha enfermedad. Es imposible obviar estas (tan foucaultianas) cuestiones:

- ¿Quiénes son asumidos como expertos definidores de la realidad?
- ¿Cuáles son los discursos que se aceptan y se hacen funcionar como verdad?
- ¿Quiénes detentan el saber?

Con el advenimiento del proyecto ilustrado, parecía terminar, al tiempo que moría el siglo XVII en Occidente, una larga época de oscurantismo y sometimiento a la superstición y la religión. Un prometedor futuro que se vislumbraba al alcance de la mano y que ha devenido, por desgracia, en la sociedad capitalista de los albores del siglo XXI. Se abandona así la búsqueda de la dignidad para dar paso al anhelo de felicidad. Se abraza el capitalismo de ficción de los tiempos hipermodernos[102], caracterizados por el hedonismo, el hiperconsumo y la intolerancia al malestar. Posmodernidad en la que la identidad, los círculos relacionales, las ideologías desfallecen. Donde brillan la liviandad, la

101 Illich, I. (1974). *The medical nemesis. The expropiation of health*. London: Calder and Boyars. (Traducción castellana: *Némesis médica. La expropiación de la salud*. En Obras reunidas I. México: FCE, 2006.)
102 Lipovetsky, G. (2004). *Les temps hypermodernes.* (Traducción castellana: *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama, 2007.)

fluidez, la fugacidad; la trivialidad de la significación personal, de los vínculos, y de los saberes.

Según la célebre sentencia de Kant[103] , la Ilustración habría de sacar al hombre de su *autoculpable minoría de edad*. Liberado de las cadenas religiosas, el ser humano, en busca de una existencia digna, asumiría el estatuto de la mayoría de edad. Sin embargo, ese deslumbrante proyecto se fue deslizando irremediablemente sobre la resbaladiza película extendida por la lógica capitalista hacia una posibilidad -y después una obligación[104] - de ser feliz. A tal punto que, como corolario clínico de este planteamiento, despunta una realidad demoledora: el malestar, el infortunio corriente, queda patologizado e inunda las consultas[105] .

Es así como, a la hora de intentar comprender nuestra realidad sanitaria, resulta fundamental contemplar algunas características del capitalismo de ficción.

- Intolerancia a la frustración, al esfuerzo, al displacer y a la demora de las gratificaciones.
- Profesión de una "ética sin dolor"[106] .
- Puerilización de una sociedad antitrágica.
- Elusión de responsabilidades y renuencia ante el sacrificio.
- Se espera que sea otro el que se haga cargo.

---

103 Kant, I. (1784). Respuesta a la pregunta: ¿Qué es Ilustración? En Erhard, J. B., Herder, J. G., Kant, I, y otros. *¿Qué es Ilustración?* Madrid: Tecnos, 2002, reimpresión de la cuarta edición.

104 Bruckner, P. (2000). *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur.* (Traducción Castellana : *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz.* Barcelona: Tusquets, 2001.)

105 Ramos García, J. (2007). *Un lugar para el infortunio. Malestar y patología en el cambio de milenio.* Trabajo de investigación para la obtención del DEA. Texto inédito.

106 Lipovetsky, G. (1983). *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain. (*Traducción castellana: *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama, 2002.)

- Coqueteo permanente con "*la tentación de la inocencia*"[107] .
- Medicalización de la vida[108] y despolitización de la misma.
- A nivel identitario, el significado personal que en la modernidad aportaba el trabajo es aportado en la posmodernidad por el consumo, también de enfermedades (*o de no enfermedades*)[109] .
- A nivel relacional, la fugacidad e inconsistencia de los vínculos, tan sólidos antaño.
- Relevancia de las relaciones superficiales.
- Realidad definida, creada incluso, por los media.
- Consumo. "Hablar en la actualidad de sociedad de consumo resulta tan ocioso como redundante, porque, o hay consumo o no hay sociedad"[110] .
- Sobredimensión de los media y de su gran capacidad para *producir* realidad.
- Nominalización tecnificada de los problemas de la vida cotidiana como uno de los discursos prestigiados por la *ciencia oficial*.

En ese contexto, y como consecuencia lógica, la enfermedad se introduce en la vida cotidiana como la gran fantasía que explica y justifica cualquier tipo de malestar, social o individual.[111] Así, tras el pertinente diagnóstico y la pertinente nominalización del fenómeno -y la descontextualización del problema- se prescribirá el pertinente tratamiento, limpio, eficaz, validado, rápido, y que, por supuesto, no ha de exigir

107 Bruckner, P. (1995). *La tentation de l'innocence.* Paris: Grasset & Frasquelle. (Traducción castellana: *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama, 1996.)
108 Illich, I. (1974). *Op. Cit.*
109 Ford, C. V. (1997). Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 23, 7-16.
110 Verdú, V. (2005). *Yo y tú, objetos de lujo. El personismo: la primera revolución cultural del siglo XXI.* Barcelona: Debate.
111 Verdú, V. (2003). *Op. Cit.*

esfuerzo alguno o introspección por parte del paciente. El malestar se transforma en enfermedad definida biomédicamente, y el sujeto hablante se transforma en organismo enfermo. Con lo que, dado lo inevitable del malestar cotidiano, parece fatalmente inexorable que toda la humanidad termine por ser asumida como enferma.

Es así como las ¿buenas? intenciones van poco a poco empedrando el infierno. Porque como señala Illich (1974), *el compromiso social de proveer a todos los ciudadanos de las producciones casi ilimitadas del sistema médico amenaza con destruir las condiciones ambientales y culturales necesarias para que la gente viva una vida autónoma saludable, dado lo cual esta tendencia debe reconocerse y eventualmente invertirse.*

Porque ahí reside el riesgo de pasar de la comprensión a la tecnificación del sufrimiento y del dolor. *Las culturas son sistemas de significados, la civilización cosmopolita un sistema de técnicas. La cultura hace tolerable el dolor integrándolo dentro de un sistema significativo; la civilización cosmopolita aparta el dolor de todo contexto subjetivo con el fin de aniquilarlo. La cultura hace tolerable el dolor interpretando su necesidad; sólo el dolor que se percibe como curable es insoportable*[112] .

En la era del capitalismo de ficción, en la esplendorosa sociedad del espectáculo, todo aquél que sufre de infortunio es de alguna forma animado a asumir el rol de enfermo, y a ganar por tanto una serie de beneficios secundarios. Beneficios que sin duda lo serán también para unos diagnosticadores (dado que descubrir una nueva categoría de enfermedad es el orgullo del científico médico [113]) que, para su fortuna, saldrán indemnes de los perjuicios secundarios que terminarán por constituirse en prisión y castigo de los nuevos enfermos.

---

112 Illich, I. (1974). *Op. Cit.*
113 Illich, I. (1974). *Op. Cit.*

Es posible que la siguiente carta, redactada y publicada por un paciente aquejado de FM[114] , pueda iluminar este aspecto.

En noviembre del 2002 me diagnosticaron la "terrible" fibromialgia y digo terrible porque desde un día que tuve que dejar de trabajar (febrero 2002) porque el dolor en las piernas, muñecas y manos era insoportable, todo ha sido una pesadilla.

Me atendió una doctora que no quería o no sabía qué hacer conmigo. Me mandó hacerme análisis, radiografías... etc., y todo salía negativo. Me recetaba esto y lo otro... y para nada porque aunque estaba de baja y hacía reposo, los dolores se acentuaban y se extendían por todo el cuerpo y tenía una fatiga extrema.

Mientras, yo le pedía a la doctora que me derivara a un especialista y ella siempre me decía que no podía ser porque todas las pruebas daban negativo. Finalmente se lo exigí y me mandó a la reumatóloga de la zona. Ésta mandó hacerme unas pruebas más completas y me salió un poco alterado el CPK. Entonces me derivó a una neuróloga con posibles síntomas de fibromialgia y finalmente fue con esta doctora con la que me sentí atendido por una profesional de pies a cabeza. Ella me hizo varias pruebas neurológicas y analíticas y me descartó cualquier problema con el cobre y el CPK, pero me confirmó, ya definitivamente, que padecía fibromialgia.

Me informaron de una asociación de afectados de fibromialgia, ACAF (Asociación Catalana de Afectados de Fibromialgia) y me hice socio. Me apunté a algunas terapias y gracias a sus consejos logré levantar cabeza, incluso me ofrecieron ayudarles en una nueva sede...

Pero la pesadilla no había acabado; cuando pasaron los 18 meses de baja me hicieron pasar por el tribunal médico y me mandaron otra vez a trabajar. ¡Yo no podía! Mis jefes me pusieron en el lugar más leve posible y me dieron toda la ayuda posible. Muchos días tenía que irme cuando llevaba media jornada y otros días ni siquiera podía ir, hasta que al final tuve que coger la baja por una "supuesta" lumbalgia mecánica.

---

114 Revista *Biorritmes*, http://biorritmes.lesrevistes.cat/es/Cos/menu:Vivencies. Visitada el 26.11.08.

Mientras, cogí una depresión tan fuerte que estuve a punto de hacer una tontería.

Me puse en manos de un abogado y tuve que hacerme más pruebas que me costaron mucho dinero. Una salió positiva (la del dolor) y otra negativa en parte, porque no salió muy alterada. Fuimos a juicio con todas las pruebas e informes que confirmaban que tenía fibromialgia con 18 de los 21 puntos gatillo positivos.

Gané al juicio y conseguí la invalidez permanente absoluta.

Hace aproximadamente un mes y medio que he tenido contestación del recurso enviado por el INSS a mi juicio ganado con la Absoluta y el Tribunal Superior de Cataluña me ha dado la razón y he ganado también el recurso y tengo la absoluta de por vida.

Psicológicamente estoy mejor aunque físicamente continúo hecho una "piltrafa" pero intento disfrutar del momento y de mi familia.

Por último, solamente quiero decir que hay que procurar plantarle cara a la enfermedad y luchar.

Se despide atentamente uno de los "pocos" hombres que padecemos esta enfermedad.

PD: Gané el juicio exclusivamente por la fibromialgia.

## LA HISTERIA COMO CONCEPTO INELUDIBLE. UNA APROXIMACIÓN ESTRUCTURAL.

Digámoslo claramente. Creo que no es posible comprender la FM como síndrome ni entender lo que suscita en tanto que fenómeno sanitario y social si se prescinde de un concepto tan rico y tan potente como es el de histeria. Más aún, creo que no es posible dar sentido a una parte enorme de lo que sucede en las consultas médicas y de Salud Mental si se desecha la concepción estructural de ese algo llamado histeria y que es tan humano que casi no es concebible el ser humano sin pasar por ella.

Partiré de una idea fundamental en Psicología Evolutiva, o, al menos, en la Psicología del Desarrollo pensada en clave psicoanalítica: el ser hu-

mano, para convertirse en tal, ha de partir de un momento inicial y absolutamente necesario en el que el bebé no tiene existencia separada de la madre (vale decir, de aquélla que ejerza la función materna). Ese vínculo simbiótico e imprescindible en los primeros momentos de la vida es la condición de posibilidad para la estructuración básica del cuerpo y de la psique de la criatura humana, hasta el punto de que toda falla acaecida en este momento esencial de la crianza pone al sujeto en riesgo de sucumbir a la amenaza psicótica. Ahora bien, ese momento fundamental ha ser obligatoriamente trascendido: debe superarse forzosamente el desgarro de la separación y la incompletud para que se haga posible el tránsito desde la gozosa existencia del bebé sostenido por la madre (apéndice de la misma) a una vida independiente como sujeto individual.

Según la célebre expresión de Lacan, el ser humano nace "prematuro", en un estado de total desamparo. Algo que, de un modo más winnicottiano podría explicarse diciendo que el *infans*, aquél que todavía no habla, aquél que está aún en una fase anterior a la palabra y al pensamiento simbólico –a través del empleo de los símbolos verbales[115] -, depende por completo de un cuidado materno que está más basado en la empatía y el contacto no verbal que en lo que puede expresarse verbalmente[116]. Así, la criatura humana, en el trayecto que conduce a una existencia como individuo separado e independiente, habría de arrostrar necesariamente el paso de un estatuto de sujeto sujetado (por la madre, que lo completa y se completa por un bebé que se siente capaz de completar a aquella) a una existencia como *sujeto del deseo y de la falta* (dado que sólo desde la falta, desde la ausencia de completud que supone la separación de esa madre primigenia, es posible articular

115 Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación entre progenitores-infantes. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós, 2002, cuarta reimpresión.

116 Tendrían aquí su sitio los conceptos winnicottianos de *holding, handling y object-presenting.*

el deseo). Lo cual es inseparable de la cuestión de pasar de la situación de *infans* (en la que la madre identifica y solventa todas las necesidades de una forma tan maravillosa que el bebé siente que tal resolución es mágicamente lograda por él mismo) al lugar en el que ya la frustración es metabolizable.

Se ha de pasar pues de *ser* aquello que conforma un todo con la madre y la completa (la madre puede sentir en esos momentos que el mundo empieza y termina en su bebé, que no le falta nada puesto que el bebé colma su falta) a tener algo que te hace deseable para el otro, al tiempo que también se carece de algo, lo que hace posible poder desear (el deseo sólo es posible desde el sentir que algo falta). Ese paso del *ser* al *tener*, *ese paso que se debe dar*, ese paso que se hace posible por la aparición de un otro que ejerce la función paterna e instaura la ley, ese paso por el que el sujeto se somete a esa ley (de la falta, del deseo, de la prohibición de continuar pegado incestuosamente a la madre), ese paso es el que resulta extraordinariamente doloroso en la histeria (Figuras 2 y 3). Se trataría, en palabras de Lacan, de un paso de la naturaleza a la cultura y el lenguaje[117], de una posibilidad de convivir con el malestar que supone la vida en la cultura, de someterse a la ley, de aceptar la incompletud. Y es en el espacio del sufrimiento inasumible que conlleva dar ese paso donde se sitúa el problema de la histeria. En una doble vertiente.

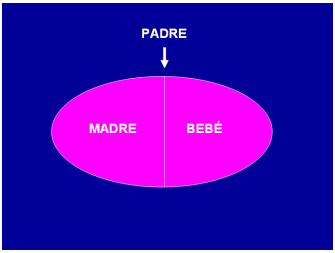



Figura 2

117 El ya centenario Lévi-Strauss sugeriría la victoria sobre la familia para poder incorporarse a la sociedad.

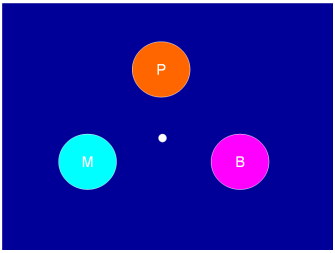


Figura 3

Por un lado, viéndose desalojado de forma brutal de ese lugar de cálido vínculo simbiótico con la madre, de ese lugar en el que se es todo para la primera figura de amor de la vida, viéndose expulsado del paraíso, el sujeto histérico adolece con dolor del sentimiento indeleble de no haber sido suficientemente amado por su madre[118]. Por otro lado, esta criatura humana vive esta expulsión como la consecuencia lógica de la aparición en escena de un tercer personaje que rompe la dualidad existente (madre-niño) desde la legitimidad que le confiere la instauración de una ley que él mismo (este tercero, el padre) impone. El primer sentimiento, de déficit de amor materno, infligido en un momento en que el narcisismo propio, en que el investimento libidinal de uno mismo está en juego, conlleva una profunda herida de vivencia de insignificancia, de terrible incompletud frente a un otro, frente a un tercero (el padre) que parece tener lo que la madre quiere, que parece poseerlo todo a ojos de la madre. Tal vivencia se sitúa entonces en la base de una identidad insatisfactoria y desfalleciente que dispara con frecuencia el anhelo de constituirse en un objeto ideal para ese otro que también es ideal (especialmente si resulta completado con ese objeto en que el histérico se convierte y se entrega). Es ese otro el que, desde una mirada histérica, desea y conoce el enigma del deseo.

118 Dor, J. (1991). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Y es ante ese otro que la histeria se muestra desesperadamente intensa y teatral, sin hallar otro modo de expresar su sacrificio y su sufrimiento.

El otro costado fundamental de la vivencia histérica se refiere a la experiencia de expulsión de un lugar de privilegio en virtud de una ley proclamada y hecha por el padre: una ley que impone la castración (la falta, pues, y por tanto el deseo) y que desde la estructura histérica se asume al tiempo que se impugna constantemente, enarbolando una constante y tenaz puesta en cuestión de esa carta de naturaleza que otorga al otro la posesión de un algo de lo que uno mismo carece. Atravesados por el profundo de sentimiento de injusticia en relación con ese orden de cosas, deviene inevitable una incansable exigencia a ese otro -que supuestamente tiene aquello que se desea- de que dé pruebas de que realmente lo tiene, del mismo modo que no deja de mostrarse un delicado y agudo gusto por burlarse de ese otro (ése será muchas veces el destino del médico o del terapeuta), por evidenciarle que nada de lo que pueda ofrecer sirve para nada.

De ahí se extrae la esencia que se destila en el famoso y brillante principio de que "el histérico necesita un amo sobre el cual pueda reinar".

La histeria queda así atrapada en un teatro edípico que le resulta tan difícil abandonar como difícil le resulta desengancharse de las figuras con las que se articuló en su momento la escena edípica primordial. Apresamiento observable asimismo en la tendencia proverbial del histérico a recrear ese teatro con quienes puedan prestarse a ese juego.

## FEMINIDAD.

No puedo cerrar este apartado sin una breve mención a la cuestión tantas veces repetida y tantas veces banalizada de la feminidad de la histeria. Por un lado porque se trata de un aspecto que se ha constituido en un lugar

común sobre el cual se transita como si, por evidente, nada hubiese que explicar. Por otra parte porque la FM es una identidad desde la que se expresa un cuerpo doliente que casi siempre es un cuerpo femenino.

Partimos de un descubrimiento psicológico que, como tantos otros, le debemos a Freud. Hemos de remitirnos a un artículo de 1925[119] en el que el padre del Psicoanálisis observa cómo la anatomía, masculina o femenina, tiene efectos de gran importancia en el desarrollo psíquico humano, en la tramitación del complejo de Edipo, en la conquista de una posición y una identidad sexual.

Me interesa detenerme, en concreto, en la cuestión identitaria, con una referencia estructuralista de primer orden[120]: hemos de asumir el hecho fundamental de que la identidad femenina se construye inicialmente a partir de una no-presencia (de pene), es decir, a partir de una falta. Efectivamente, atendiendo a las teorías sexuales infantiles, en principio sólo existe un órgano sexual, que es el pene, de tal forma que la diferencia sexual se articula desde la presencia/ausencia de ese órgano (es en un desarrollo posterior cuando se accede al concepto de dos sexos con dos órganos distintos).

En la niña, ese lugar sexual que se afirma desde una falta, ha de generar, por fuerza, una dificultad añadida en ese paso que se debe dar desde el ser al tener.

En el caso femenino, en el cuerpo de la niña, no es posible la libidinización privilegiada del pene (representación orgánica de ese algo tan deseable que su posesión te hace deseable). Y es ésa la razón por la que en la mujer es el cuerpo (femenino) en su conjunto el que queda investido de una manera especial y distinta. Esta particularidad esencial es la

---

119 Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

120 Saussure, F. *Cours de linguistique général.* (Trad. Cast. *Curso de lingüística general*. Madrid: Losada, 2002).

que puede explicar que la mujer sea más su cuerpo (tanto en su cuidado como en su sufrimiento), y la que nos puede facilitar la comprensión de por qué la histeria y la conversión (y también la FM) son eminentemente femeninas.

Todo lo cual es inseparable de un narcisismo deficitario y desfalleciente, consecuencia de un déficit en el sentimiento fundamental de haber tenido una *madre suficientemente buena*, que ha de ser manejado en el contexto de una posmodernidad que se caracteriza por el déficit de una cultura legitimadora del infortunio corriente, por el déficit en el aporte de herramientas cotidianas (y no tecnificadas) para el manejo del malestar y por un profundo déficit -dentro y fuera de los ámbitos sanitarios- de pensamiento psicológico.

## APUNTES TERAPÉUTICOS.

Tan sólo unos brevísimos apuntes terapéuticos para terminar.

En primer lugar, el conocimiento del "estilo del mundo"[121] en que vivimos, la reflexión psicológica acerca de los modos en que el malestar se expresa y las formas de respuesta al uso en la contemporaneidad médica ha de permitirnos poder pensar en una posibilidad de huida tanto del *furor sanandi* y la nominalización como del brutalismo negador y retaliativo tan frecuente en las consultas posmodernas.

Frente al desconsuelo de tales fulgores iatrogénicos, valdría la pena volver a Freud, y considerar la necesidad de una escucha que permita:

- la expresión de un sufrimiento que, más allá del dolor del cuerpo, se inscribe en el contexto de una historia personal, y que habla desde una subjetividad que debe ser comprendida.

121 Verdú, V. (2003). *Op. Cit.*

- la articulación de la demanda y de la propuesta relacional que el paciente implícita o explícitamente hace.
- la metabolización del sufrimiento del paciente, privilegiando el manejo de conceptos tales como "holding" o "reverie".[122]

Lo cual supondría plantear un trabajo desde una actitud y una perspectiva que se desdobla:

- en una suerte de función materna, que apacigua, calma, apalabra el malestar.
- y en una suerte de función paterna, que se pone al servicio de la salud y anima a reincorporarse a la vida como ciudadano autónomo, independiente, de pleno derecho.

No quiero alargarme más. Les dejo simplemente con una cita de Lucien Israël, autor que creo fundamental para entender el malestar, el sufrimiento y la histeria:

*Y, a los enfermos que no tienen nada, ¿por qué no decirles que no están enfermos? Sin rechazarlos, pero llevándoles a aceptarse como dolientes. Ocurre como si el reconocimiento por parte del médico y la correspondiente etiqueta de enfermo hicieran honorable un sufrimiento que, de no ser así, tendría que esconderse por vergonzoso. En estos casos hay un verdadero engaño en el que las dos partes están ligadas, cómplices en razón a los beneficios que obtienen. El hecho de que la sociedad haga posible la curación de cada uno cuando esté enfermo no significa que todo sufrimiento sea una enfermedad. Veamos lo que puede parecer sorprendente: ¿En el fondo qué importa el modo de librar a alguien de su sufrimiento si se consigue? Quizá sea cierto cuando se trata de un dolor psíquico. Pero, ¿y si se trata de un pesar amoroso o de un luto? Anestesiar*

122 Cfr. Winnicott y Bion, respectivamente.

*al sujeto para que no sienta más este dolor es llevarlo a desvalorizar lo que ha perdido, aunque esté dispuesto a aceptar cualquier sustituto que se le ofrezca en este momento. No permitir que el sujeto encuentre en sí mismo los recursos para sobrepasar su sufrimiento, es ponerlo en la condición de aceptar todos los enganches, todas las alieneaciones. Se ha creado una corriente de infantilización de las masas que induce a la gente a creer que son incapaces de pasar por un periodo difícil, ya que todo periodo difícil es en el fondo una enfermedad. Por tanto, todo el mundo está listo a aceptar el dudoso privilegio de estar enfermo si no se ve rechazado por ello.*[123]

---

123 *Op. Cit*., pág. 157.

*Recordemos el reto de Lacan a los estudiantes que se manifestaban: "Como revolucionarios, sois unos histéricos en busca de un nuevo amo. Y lo tendréis". Y lo tuvimos, disfrazado del amo "permisivo" posmoderno cuyo dominio es aún mayor porque es menos visible.*

Slavoj Zizek. 2008.

# DE CENICIENTA A BARBIE[124]

MARIELA MICHELENA[125]

*"Si debiéramos escoger un solo rasgo para señalar la diferencia entre los análisis contemporáneos y lo que imaginamos pudieron ser en el pasado, probablemente habría acuerdo en situarlo en el terreno de los problemas del duelo."*

Green, A. (1980). La madre muerta

Para empezar, les invito a leer un par de extractos de dos cartas de amor escritas por la misma mujer al mismo hombre con 5 años de diferencia. En la primera dice:

"¿Tuviste un buen viaje? ¿No te sentiste mareado? Quisiera que los días fueran menos largos porque quisiera volver a verte. Voy a rezar mucho para que regreses pronto. Voy a escribirte todos los días porque sé que eso te gusta. Te mando un beso muy grande y te quiero mucho".

Y 5 años después:

"Te escribo después de haber ido a comprar la leche. Estoy mucho mejor de mi resfrío aun cuando sigo con tos. Todos los armarios ya están ordenados. Aquí hace un sol radiante y hace más calor fuera de la casa que en su interior. Te mando un beso y te digo: hasta luego. Hasta pronto."

Es evidente que entre la primera y la segunda carta se extiende una larga distancia afectiva. En la primera los días se hacen eternos sin el amado,

---

124 Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 28 de mayo de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria"

125 mariela.michelena@gmail.com

la amante reza por su pronto reencuentro, toda la atención de la amante está puesta sobre el amado (qué tal viaje hizo, si se sintió mareado, está atenta a lo que a él le gusta), el beso es muy grande y además le recuerda que "le quiere mucho". La segunda, en cambio, parece más impersonal, llena de referencias domésticas (la leche, los armarios) y de generalidades como el tiempo y la propia salud. El beso es un beso a secas y la despedida un gélido "hasta luego".

Después de leerlas podemos caer en la tentación de suponer que la rutina se ha instalado entre los enamorados y que lo que ayer fue pasión hoy es apenas cariño, costumbre. En realidad, algo semejante ha sucedido, sólo que lo que se ha instalado entre los dos no ha sido la rutina sino la latencia. Ambas cartas fueron escritas por una niña a sus 8 y a sus 13 años y estaban dirigidas a su padre. La niña, de mayor, se llamó Françoise Dolto.

Veamos cómo recorre la niña ese tránsito que va desde el amor apasionado hacia el padre, característico de la infancia, a resguardarse, a distanciarse de él cuando cruza los umbrales de la latencia. La pareja de enamorados formada por un padre y una niña, necesariamente se pierde con la entrada en la adolescencia para dar paso a una relación más pudorosa, y en el mejor de los casos, más sosegada. Puede pasarse del amor al odio o del amor a la indiferencia, lo cierto es que algo ha terminado para los dos y ambos, sobre todo la niña, tienen que pasar por un duelo.

El período de latencia se caracteriza por una renuncia a ese objeto de amor incestuoso –al padre en el caso de la niña-. El niño renuncia por amor, por obediencia y por temor al que prohíbe. Hay también una ventaja narcisista, la obediencia es más digna que constatar la impotencia, la imposibilidad de satisfacer al objeto de amor incestuoso. Esta tregua de la pasión edípica es la que permite una cierta libertad de pensamiento, el niño, la niña, podrá usar su actividad mental para actividades producti-

vas. De manera que el período de latencia resulta una época de silencio pulsional pero de intensa actividad psíquica.

Durante el duelo, la niña es una especie de Cenicienta, olvidada por el padre, ni niña ni mujer, obligada a abandonar ese lugar en el que todavía podía ser "chico y chica" al mismo tiempo, enfrascada en una competencia imposible con toda suerte de rivales (la madre, otras niñas, otras mujeres). Para aceptar su identidad femenina, necesita pasar a través de un proceso que concierne a su cuerpo y que supone la posibilidad de reconocerse mujer y de tratarse a sí misma como tal, vestirse de Barbie, histerificarse, podríamos decir.

En este momento la niña tiene que abandonar al padre y regresar a la madre, o generalmente a un sustituto de la madre –la mejor amiga, la cantante de turno, una Sra. K que pase por ahí,- en busca de un modelo de identificación, alguien que le explique en qué consiste eso tan raro, tan nuevo, y tan misterioso de ser una mujer.

Los casos de Katy y de Lola ilustran ampliamente lo que pretendo explicar.

## KATY

Los padres de Katy estaban por separarse cuando la llevaron a mi consulta. La notaban apática, tal vez deprimida y los celos que mostraba respecto a su hermano, cuatro años menor, no eran ni mucho menos normales para una niña de su edad (11 años). Además, querían prevenir cualquier trastorno que la separación pudiera provocar en la niña. Katy es una niña despierta, inteligente y me atrevería a decir que culta para su edad. Sin embargo se la veía muy rígida y muy formal.

El hermano menor de Katy nació con una afección cardiaca que lo mantuvo los primeros meses entre la vida y la muerte. Este hecho definió

desde muy pronto una diferencia abismal en el trato que la madre dispensaba a cada uno de sus hijos. Mientras que de Katy se esperaba que fuera la mejor alumna de su clase, que aprendiera varios idiomas simultáneamente y que además tocara el piano, a su hermano Martín no se le exigía nada más que respirar adecuadamente. Era suficiente con que estuviera vivo.

Mientras Katy se esforzaba, sin éxito, por complacer a su madre (ninguno de sus logros parecía suficiente, si había aprendido un idioma tenía que perfeccionar algún otro), a Martín le bastaba con levantarse vivo cada mañana y respirar. Katy no tenía permitido mostrar ninguna debilidad, ella era "la mayor" y además tenía que cuidar de su hermano pequeño, siempre enfermo.

Los hermanos, como suele suceder "hasta en las mejores familias" eran medidos con raseros distintos, con lo cual Katy no sabía con qué armas podía luchar contra su hermano por la atención de su madre. Su desempeño escolar, brillante, no era alabado como un logro, sino como el mero cumplimiento de su obligación. Mientras que cualquier calificación que obtuviera su hermano era celebrada con bombos y platillos.

Cada hijo despertaba, sobre todo en la madre, sentimientos radicalmente opuestos. Mientras que Katy era "una responsabilidad" una niña a quien había que preparar para el futuro, Martín era un superviviente que hacía sentir a su madre útil, necesaria, ¡salvadora! Lo que en Martín eran virtudes, (su enfermedad, su debilidad, sus limitaciones); en Katy habrían sido considerados como defectos imperdonables. Sus virtudes, su buena salud, su inteligencia y su sagacidad se daban por sentadas y además, tenía prohibido hacer ostentación de ellas. ¡No está bien pavonearse ante un hermanito menor tan desvalido!

Por otra parte, su alto rendimiento escolar, antes de granjearle admiración entre sus compañeros de clase, generaba rechazo, de manera que ni siquiera tenía una "mejor amiga" en quien refugiarse. Sus celos y su acusado

sentido de la competencia, la convertían ante las demás niñas en un enemigo imposible de batir al que sólo podía castigar con indiferencia. Así, cuando Katy llegó a mi consulta estaba efectivamente desconsolada. No entendía nada de lo que le ocurría, estaba perdida. Ella intentaba hacerlo todo lo mejor posible y, sin embargo, parecía que todo le salía al revés.

Como estaba previsto, los padres de Katy finalmente se separaron, de manera que los niños pasaban temporadas con uno y con otro. Katy tenía la sensación de que su padre era más "justo" con los dos hermanos y que la preferencia de su madre por Martín se hacía cada vez más patente. Ambos padres son personas sensibles e inteligentes, genuinamente preocupados por sus hijos, que en las entrevistas que manteníamos escuchaban con atención mis comentarios. Sin embargo, la madre reconocía que había algo de la fragilidad de Martín que a ella la conmovía poderosamente y que por su parte, la fortaleza y los logros de Katy le hacían pensar que era una niña fuerte que no necesitaba protección y que además maltrataba con sus celos y en su afán de competencia al pobre de Martín. Katy era una responsabilidad que ponía en entredicho su capacidad de ser una buena madre y con Martín todo era agradecimiento ¡respiraba! ¡estaba vivo! Y eso era más que suficiente. Katy era un reto y Martín un regalo.

En medio de su confusión, Katy sentía que haber nacido "sana" había sido un error, que ser buena estudiante era una tontería y que saber tantos idiomas (a sus 10 años dominaba 4), no era una ventaja sino un inconveniente. Los celos que le despertaba su hermano llenaron la mayor parte de las sesiones del principio del tratamiento. Katy se empeñaba en conseguir el amor de su madre, sin éxito.

Poco a poco la relación con sus amigas del colegio fue ocupando la escena. También allí los celos desempeñaban un papel central, luchaba a brazo partido por ser aceptada, y también en este terreno sus armas eran inadecuadas. Empezamos a entender como, "llegar a la cima" la dejaba en

un lugar muy alto... pero muy solitario... Sus supuestas amigas, al principio, no lo eran en realidad y toda su capacidad intelectual y sus altos logros académicos se volvían nada cuando alguna de las niñas la rechazaba o la dejaban de lado en el recreo.

Los sentimientos de "amor" y "preocupación" también fueron distinguiéndose en su cabeza, de manera que por momentos podía entender que la preocupación de su madre por Martín no necesariamente suponía que le quisiera más a él que a ella.

Cuando empezó el tratamiento Katy sólo tenía "amigos", vestía ropas deportivas, holgadas, casi parecía descuidada. Su pelo, largo y rubio, estaba siempre recogido en una cola insípida que anulaba cualquier rasgo de feminidad. Se enorgullecía de jugar al fútbol con los chicos de su clase y, tal y como hacen los niños a esa edad, se burlaba de la "tontería" de las niñas que perdían el tiempo en elegir su ropa o en peinarse.

La madre de Katy es una feminista convencida. Siempre me ha llamado la atención que en la búsqueda de la igualdad, el objetivo suele consistir en "ser igual que un hombre", y en vez de reivindicar lo femenino, se lo devalúa. De manera que en el proceso de formación de su identidad sexual, a Katy le parecía que "ser chico" como Martín, podía resultarle más rentable que ser chica. Estaba convencida de que la diferencia sexual entre los hermanos era la responsable de la diferencia de trato que recibían. Recuerdo que en una ocasión la abuela materna le regaló una prenda rosa, y su comentario en la siguiente sesión fue:

"¡Cómo cree mi abuela que yo voy a poner en juego mi reputación de chico con esa camiseta rosa!!!!"

Poco a poco pudo empezar a hacer "amigas", camino éste que estuvo lleno de tropiezos. Ese "*ahora eres mi mejor amiga. Ya no eres más mi ami-*

*ga*" al que las niñas juegan desde muy pronto, las unas contra las otras, fue una sorpresa inexplicable para Katy, que tampoco esta vez tenía las armas para defenderse de esa intermitencia tan radical. No obstante, avanzaba, y llegó a formar parte de un grupo de niñas que estaban juntas en el recreo, que quedaban alguna vez las unas en casa de las otras y que celebraban sus cumpleaños juntas. La invitaron a unos cuántos "pijama parties" en los que ella quedaba totalmente excluida de las actividades más divertidas, hasta que dejaron de contar con ella para esas ocasiones.

Desolada, me preguntó una vez:

-"Mariela, explícame por qué, si yo soy exactamente la misma en el colegio que en el pijama party, en el colegio nos llevamos bien y me aceptan y en el pijama party me dejan de lado".

-"Precisamente por eso Katy, le respondí, porque eres la misma y una cosa es el colegio y otra cosa muy distinta es una fiesta. Y uno no se comporta de la misma manera en un sitio y en otro..."

Sumida en un período de latencia férreo, Katy no tenía la flexibilidad mental para adaptarse a diferentes contextos y, efectivamente, ante cualquier situación era "la misma" del colegio: la buena alumna, la responsable, la que aconsejaba acostarse más temprano para poder madrugar y estudiar al día siguiente para un examen... ¿Quién querría estar en una fiesta con una "agua-fiestas" de esa naturaleza? Tal vez estaba identificada con la imagen que su madre tenía de ella: "*Es mi responsabilidad*", había dicho la madre- y su identidad estaba basada en esa premisa. Katy era, sobre todo, una niña muy responsable.

Katy empezó a bajar de su solitario pedestal de niña prodigio y poco a poco se fue mezclando como una más con el resto de los mortales. Ayudaba a sus amigas, prestaba sus cuadernos y aprendió a divertirse. Muy

lentamente empezó a identificarse con su grupo de iguales y probablemente también conmigo y tenía, además de su indumentaria habitual "de chico", lo que ella llamaba "*la ropa de los lunes*" (que era el día en que tenía sesión) y que consistía en una camiseta apenas un poco más femenina que las demás. Nada rosa, nada ceñido, nada de tirantes que perjudicara su "reputación de chico", como ella decía- sólo una camiseta igual de holgada, pero de colores vivos, o con algún motivo "de chica" y no de equipo de baloncesto americano.

El tiempo fue pasando y una tarde de verano, Katy llegó a la sesión con una sudadera que, con sólo mirarla, producía calor. Se lo comenté y me explicó que es que no había tenido tiempo de ir a cambiarse a casa y que ese día había tenido deporte. Yo no entendía la relación que esa historia tenía con que no pudiera quitarse la sudadera y me explicó:

-Es que cuando sudo haciendo deporte, se me ven los pechos a través de la camiseta...

-¿Y no llevas sujetador?

-Es que no tengo.

-¿Y por qué no tienes sujetador si ya lo necesitas?

-Es que no sé cómo decírselo a mi madre...

Durante tres largos meses estuvimos hablando del asunto, no sólo de ¿qué era lo que ella no podía decirle a su madre?, sino también jugamos a idear una forma en la que Katy pudiera decírselo. ¿Hablar abiertamente con ella? ¿Enviarle una carta anónima? ¿Decírselo a través de su cuidadora? Llegamos a inventar "el rap del sujetador":

"Mamá, mamá,
te lo pido por favor,

necesito que me compres
un sujetador".

Efectivamente el tema dio mucho de sí, y nos reímos a carcajadas a costa de ese primer sujetador que no llegaba nunca. A la vez, pudimos ver en profundidad que no era sólo pudor lo que le impedía a Katy pedirle a su madre que le comprara sujetadores. Ya llamaba la atención que su madre no se hubiera dado cuenta de algo que incluso a mí, que apenas la veía una vez por semana, me resultaba tan evidente. Pero estábamos allí para entender las dificultades de Katy.

Reconocer ante su madre que necesita un sujetador sería como decirle, (y decirse) "*lo siento por ti y por mí mamá, pero por mucho que me empeñe no soy un chico como Martín y, además, ya no soy una niña.*" Y sabemos que según su secreta teoría, a su madre sólo le interesaban los chicos. Todavía le costaba identificarse con ella, y, como ella, desear también a un chico. La renuncia a ser "chico", a jugar con y como los "chicos" y a reconocer su condición femenina estaba en marcha. Empezaba a gustarle algún compañero de su clase, como a sus amigas, aunque, todavía presa de la rivalidad edípica, prefería a quienes sus "mejores amigas" habían elegido antes que ella. Ella lo explicaba con toda claridad:

-"Tengo un problema, a mi mejor amiga y a mí nos gusta el mismo chico y yo no quiero que gane ninguna de las dos. Si gana ella me va a dar rabia a mí y si gano yo le va a dar rabia a ella y no querrá seguir siendo mi amiga."

La rivalidad edípica se había reactivado desplazada en la figura de su mejor amiga, y Katy tenía mucha razón: ¿quién querría realmente correr el riesgo que implica ganar esa contienda? ¿Quién querría perderla? Todo esto le acarreó algún disgusto con sus amigas y más de una desilusión.

A pesar de que se estaban produciendo cambios muy importantes, parecía que lo del sujetador era ir demasiado lejos... Más que la aparición de la regla, que en su caso se tomó como "*un hecho natural del que no hay que preocuparse ni avergonzarse*", (como su madre "científicamente" le había explicado), la compra del sujetador fue lo que supuso el verdadero pasaje de iniciación de abandonar la niñez por otra posición que todavía no estaba muy definida.

¿Tendría que renunciar definitivamente a su fantasía de ser "un chico" y "conformarse" con su condición de chica? ¿Empezaría a ser una competidora de la madre y no una competidora de su hermanito? ¿Dejaría de ser sólo una niña pequeña que exige atención para convertirse en una rival?

Cuando finalmente consiguió escribirle una nota a su madre pidiéndole el sujetador se rompió el hechizo y sin ningún problema obtuvo unos cuantos sujetadores elegidos por ella misma. Eso sí, Katy impuso una condición, le hizo "jurar" a su madre que de eso, ni una sola palabra a papá.

-¿Pudor? –le pregunté.

-"No. Yo quiero seguir siendo el osito de peluche de mi padre, su gatito, y poder acurrucarme en sus brazos cuando vemos televisión, y si se entera de que ya llevo sujetador empezará a tratarme de otra manera. No quiero que mi padre se entere."

De eso se hizo cargo ella misma, que, a pesar de llevar sujetador, seguía usando sus camisetas enormes, 2 ó 3 tallas más que la que le hubiera correspondido, para esconder sus formas de mujer que empezaban a hacerse patentes, dejando atrás al antiguo "osito de peluche" de papá.

Pasó un tiempo antes de que su deseo de gustar al compañero de clase del que estaba enamorada esa semana fuera más fuerte que su deseo infantil de seguir siendo "el osito de peluche de papá", o el "chico" de mamá.

En un momento, empezó a preocuparse por el estado de su pelo, que disfrutaba en lucir y a llevar suelto con frecuencia y cuidaba más su indumentaria. Salía de compras con su madre y empezó a vestirse claramente de "chica", camisetas de tirantes, pescadores de colores vivos y no sólo vaqueros, chándal, sandalias y no sólo zapatillas de deporte, pero eso sí. No salía de compras con su padre.

-"¡Con mi padre jamás!" –decía.

El duelo de Katy, su pena, consistía en abandonar no sólo la posición fálica de bisexualidad desde la cual podría ser chico y chica a la vez, sino, renunciar a los padres de la infancia y a un estilo de relación que ya, con su entrada en la adolescencia, con su desarrollo, no podía perpetuar. Las niñas pequeñas pueden mostrarse cariñosas, incluso coquetas con su padre, pero, a medida que crecen, un velo de pudor recubre sus relaciones, sus sentimientos. Se reaviva el amor edípico, esta vez con el horror de comprender tanto lo apasionado como lo prohibido de ese amor.

## LOLA

Lola me fue remitida por una colega que atiende a su madre en tratamiento. Mi amiga me llamó al borde de las vacaciones de verano para pedirme que recibiera a esta chica de 11 años que estaba muy deprimida. Los padres habían tenido que recogerla del campamento de verano porque no paraba de llorar y no había sido capaz, en los 5 días que llevaba allí, de integrarse con el resto de las chicas, ni de disfrutar con las actividades que le proponían. Mi respuesta inicial fue una negativa rotunda.

-"No tengo horas para atenderla. Ahora podría hacerle un hueco, pero para septiembre no tengo ninguna hora disponible."

-No importa, atiéndela ahora que está muy mal y ya en septiembre vemos a quien la remitimos.

No me gusta entrevistar a posibles pacientes a los que sé, positivamente, que no podré atender. Las primeras entrevistas no son inocuas, el paciente inmediatamente establece una relación transferencial, (generalmente idealizada), con el terapeuta, que de no tener una continuidad, sólo produce desilusión y sensación de rechazo: "*tiene horas para otros... pero no para mí*". El caso es que la insistencia de mi amiga fue tal, que no tuve opción de negarme. Dos días antes de salir de vacaciones, atendí a Lola y a sus padres que estaban francamente angustiados con la situación de su hija.

Lola me impresionó como una niña mal ensamblada, ¿la cabeza demasiado grande para el cuerpo? ¿Las extremidades cortas para la cabeza? Llegué a preguntarme si tendría un síndrome de Turner. No puedo explicar muy bien por qué, pero eché de menos algo armónico en su apariencia.

Lola es una niña tímida que estaba triste, muy triste. Cuando se atrevía a levantar la cabeza su expresión denotaba una honda pena que lograba conmover a cualquiera. En esa entrevista me costó mucho sacarle alguna palabra que no fuera "No sé". No sabe qué le pasa, no sabe qué la pone tan triste, no sabe en qué piensa cuando está así de triste... parecía que nadie en el mundo iba a poder ayudar a esa pobre niña a salir de su tristeza. No puedo asegurar que estuviera cómoda encerrada en su pena, lo cierto es que no parecía tener fuerzas para salir de allí.

La entrevista con los padres me resultó sorprendente. A pesar de que ambos estaban muy preocupados, el padre parecía no poder tomar ni la más mínima distancia respecto a su hija. Estaba muy asustado y lloró. Su pregunta fundamental era: "*¿Una niña se puede deprimir como un adul-*

*to*?" Él mismo había estado deprimido, había sufrido mucho y no podía soportar la idea de que su niña, aun tan pequeña, pasara por el mismo suplicio. Una madre fuerte, como un roble, un padre frágil como una brizna al viento.

Volví a ver a Lola al día siguiente, apenas pudo esta vez contarme algo de su vida: le va bien en el colegio, le asusta pasar este año al instituto a pesar de que irá con muchas compañeras viejas conocidas del colegio. Tiene una hermana menor que no le cae muy bien (y que, al contrario que ella, sí había sido capaz de permanecer en su propio campamento de verano todo el tiempo previsto y divertirse sin más), iría de vacaciones al sur, con la familia de su madre... y poco más...

Me pareció evidente que su crisis tenía que ver con su crecimiento, el paso del colegio al instituto marcaba un hito importante en el que estaba colocada toda su angustia ante los cambios vitales y corporales que ya empezaba a experimentar. Por otra parte, a pesar de su parquedad, percibí una tremenda hostilidad hacia la hermana menor muy soterrada.

Esa era la última vez que yo la vería hasta un mes y medio más tarde y, como era de esperar, las escasas dos entrevistas que tuvimos no fueron milagrosas. Algo había que hacer. Tenía que darle algo que la acompañara y la sujetara hasta entonces, más allá de las palabras concretas de esa última sesión. Se me ocurrió preguntarle si llevaba un diario y me dijo que no. Le recomendé que se comprara un diario donde escribir cada día lo que pensaba, lo que sentía, un diario que ella pudiera cerrar herméticamente, un diario que nadie excepto ella leería.

-"Allí podrás escribir todo lo que se te ocurra por muy horrible que te parezca por ejemplo: ¡no soporto a la estúpida de mi hermana, me dan ganas de matarla". Esa fue la primera vez que sonrió.

El diario le permitiría poner palabras a esos sentimientos melancólicos que la hacían sentir tan mal. El "hermetismo" del diario íntimo le haría

recobrar su propio hermetismo, que de algún modo había hecho aguas y empezaba a desparramarse haciéndole perder ese control tan propio del período de latencia que hasta el momento había mantenido sobre sí misma. Unos cuantos vellos en el pubis y en las axilas, habían resquebrajado su férrea fortaleza y Lola ya no era capaz de entender nada, porque no era capaz de gobernar nada ni en su cuerpo, ni en su cabeza, ni en su entorno.

Aun cuando había quedado claro que yo no podría hacerme cargo del caso, habíamos concertado una entrevista a la vuelta del verano. El diario había cumplido con su cometido. Había servido de objeto transicional: Era y no era yo, era algo que yo había puesto en sus manos, pero que yo no iba a leer, de manera que le permitía "contarme" sus pensamientos más íntimos sin tener que pasar por la vergüenza de que yo los escuchara. Había hecho también de continente para su angustia y su pena, de confidente para sus sentimientos más inconfesables.

Las vacaciones habían transcurrido sin contratiempos, pero la "vuelta al cole", con el comienzo en el Instituto la habían angustiado de nuevo. Cuando vino hablamos de remitirla a otra persona pero ella prefirió esperar a que yo tuviera horas y continuar conmigo. A partir de allí, le di horas sueltas, pero cuidé siempre de que tuviera una fecha fijada antes de irse de cada sesión, un ancla firme en un futuro próximo. Pocos meses después pudimos fijar un hora semanal.

Sumida de nuevo en una profunda tristeza, esta vez Lola pudo empezar a hablar. "Hablar", es un decir, apenas era capaz de repetir una frase como un mantra, como el "ora pro nobis" reiterativo de las letanías: NO QUIERO CRECER, NO QUIERO CRECER, NO QUIERO CRECER.

Lola tenía muy claro el origen de su sufrimiento. A pesar de su determinación por no crecer su cuerpo no la obedecía y estaba creciendo de una forma ostensible. Empezamos a indagar y, de su crecimiento, lo que

más le molestaba eran las diferencias que hacía su padre entre su hermana menor y ella. Desde su punto de vista, "ser la mayor" era un papel lleno de desventajas que sólo acarreaba inconvenientes. Hasta hacía muy poco ella también participaba en los "juegos de cama" con el padre: risas, cosquillas, guerras de almohadas. Y de un tiempo a esta parte esos juegos estaban reservados a su hermana, mientras ella, Cenicienta relegada a las labores duras del crecer, sólo podía mirar con envidia "retozar a los amantes."

Supe que jugaba al baloncesto y me sorprendió que una chica tan bajita pudiera hacerlo. Su padre, también de baja estatura, era un apasionado de ese deporte y la animaba mucho a jugar. También Lola –como Katy- tuvo problemas con sus "mejores amigas". Una de ellas se cambió "al grupo de las pijas" y no quería saber nada del grupo anterior.

-"No sé cómo ha podido irse con "esas pijas" que sólo hablan de chicos y de ropa. Yo es que soy "muy tío" y no me preocupan esos temas."

Efectivamente Lola era "muy tío", siempre llevaba el pelo recogido y sólo vestía con ropas deportivas holgadas, que, si no eran directamente masculinas, al menos eran asexuadas. Un día vino con el pelo suelto y deliberadamente le comenté que le quedaba muy bien.

-"A mi padre no le gusta", me dijo.

- "Lo entiendo, le comenté- es que con el pelo así te ves "muy tía" y él se debe poner nervioso de ver que "su chico que juega al baloncesto empieza a ser una mujer".

Durante las sesiones solíamos jugar un juego de cartas que se llama UNO. El juego se puede jugar de muchas maneras pero tiene una regla implacable: cuando a un jugador sólo le queda una carta en la mano, está

obligado a avisar a los demás diciendo UNO. Si no lo hace tiene una penalización de 4 cartas. Lola juega muchísimo mejor que yo y hubiera podido ganarme con más frecuencia de no ser porque sistemáticamente "olvidaba" decir UNO. Por supuesto que desde mi punto de vista no se trataba de un olvido casual, sino de su manera de poner de manifiesto en las sesiones que ella "*se salta las reglas a la torera*". En todos los sentidos de la palabra "regla". Sus "reglas", que en la realidad la colocan en un lugar de mujer, son obviadas. Por sus santas "narices", Lola pasa por alto las normas de la naturaleza como las del juego y permanece atrincherada en la indefinición femenino-masculino propia de la latencia. Lola no está dispuesta a someterse a las reglas del juego y prefiere perder a decir UNO y, a pesar de ser chica, prefiere perder a su amiga -que sí reconoce y acepta su feminidad-, con tal de hacer lo que le da la gana y ser "*muy tío*".

Con el tiempo empezó a hacer una vida más propia de su edad y condición y hacía pequeñas salidas con sus amigas a comer hamburguesas, a merendar... Un día sacó ella el tema de la ropa y le pregunté:

-"¿Quién elige tu ropa?
-"Mi madre, pero ya tengo ganas de elegirla yo."
-"¿Y no sales de compras con tus amigas"
-"No".

Esa pregunta fue como un pistoletazo de salida. Se fue de compras con una amiga y sorprendentemente volvió "vestida de tía". Por primera vez la vi guapa, armónica, proporcionada. Estaba encantada con sus compras y enfadada con su madre porque la había obligado a devolver una camiseta de tirantes porque le parecía "*muy provocativa*".

Lola estaba bien. Integrada en su grupo de iguales, contenta consigo misma, contenta en general. Por primera vez, aquel ser humano contra-

hecho era una chica indiscutiblemente guapa, el caso es que nos planteamos la posibilidad de terminar. Cité a los padres para hablar del tema y saber cómo la veían ellos. Sólo acudió el padre a la entrevista. La madre acababa de tener una pelea con Lola. Estaba furiosa y prefirió no venir. La había llamado "gatita" delante de una amiga y hacía meses que Lola le tenía prohibido llamarla así, incluso en privado. Lola le espetó: "¡*Te he dicho que no me llames gatita nunca más*!"

El padre, por su parte, reconocía que Lola estaba muy bien, que su desempeño en el instituto era estupendo, que no había vuelto a estar triste, que se la veía contenta... Sin embargo, él estaba desilusionado.

"Lola no es como yo quería que fuera, como yo me la imaginaba".

Lola es buena estudiante, amiga de sus amigas, sigue chinchando a su hermana, pero eso forma parte de la vida normal entre hermanos. Es evidente que ya no está deprimida, se comporta como una chica de su edad, contenta de serlo... de manera que yo no entendía su descontento y le pregunté al padre qué era lo que le molestaba de su hija.

"No sé, ya no le interesa el baloncesto como antes, no pone de su parte para jugar mejor, no sé muy bien, no lo puedo explicar, pero Lola no es como yo me imaginaba que sería."

No es un "chico", -pensé- ha dejado de ser "muy tío".

En ese "no quiero crecer", que Lola repetía, no sólo estaba su reclamo, sino el reclamo inconsciente de sus padres. La madre quiere que su niña siga siendo su "gatita" y el padre la prefiere "chico".

Ambas niñas llegan al tratamiento en plena duda histérica: ¿soy un chico o una chica? Las dos están en la tesitura de abandonar su posición

fálica –Katy defiende su reputación de chico y Lola es "muy tío". No es un problema de genitales sino de lógica fálico-castrado. Mientras están en la posición fálica se sienten seguras, no hay nada que temer, pero llega un momento en el que los cambios físicos, hormonales, simbólicos, las obligan a ocupar su lugar de mujeres. Tanto desde dentro, (hormonas) como desde fuera, van a ser requeridas como chicas. Allí, el juego "lo tengo, no lo tengo" arroja el resultado fatal: no, no lo tengo. Ambas tienen que empezar a construirse una identidad femenina, una sustitución, un falo imaginario a través del investimiento fálico del cuerpo. Ambas, cada una a su modo me plantea la pregunta que Dora le planteaba a la Sra. K: "¿En qué consistirá eso tan raro de ser una mujer?"

El cuerpo de la mujer se convierte entonces en un falo mágico, que controla la erección de los penes que la rodean. El "tengo o no tengo pene" se desplaza al propio cuerpo y se transforma en "tengo o no tengo" pechos, pelos, caderas, kilos, sujetador, ropa de moda, pendientes, piercing, maquillaje... Tengo poco, todavía no tengo, tengo demasiado. Se suplanta la carencia de pene por toda una constelación de suplementos y complementos fálicos que le permiten llevar la castración con gracia y vivir con el "no tener".

El extremo de esta proceso normal, lo encontramos en las chicas anoréxicas, bulímicas, o en quienes desde muy jóvenes se hacen operar. Unas y otras juegan con la ilusión de controlar el propio cuerpo y de mandar en la naturaleza a su antojo.

Este proceso de feminización, ese juego de querer gustar, excitar a los otros, de conseguir un poder fálico a través de jugar con el pene del otro (ahora soy yo la que tiene lo que tú deseas y hoy te lo doy pero mañana no) tiene aires histéricos, sin duda, pero es la parte sana y funcional de la histeria. Estaríamos hablando de lo que Capella denomina "la histeria normal constitutiva". Esta forma de utilizar el cuerpo no es patológica, ni

hay que mirarla mal. La patología empieza cuando la chica se queda atrapada en ese juego de la pura excitación y queda inutilizada para su propio placer. Cuando el cuerpo es un escenario para expresar lo que las palabras no pueden decir, lo que no puede pensarse. Eso puede convertirse en una caricatura cuando en vez de permitir el intercambio con el otro lo impide, lo incapacita, lo imposibilita.

*El sexismo, es decir, la desigualdad en la apreciación de los géneros, es una de las tantas expresiones de uno de los conflictos más hondos del ser humano, su tendencia al avasallamiento del semejante. La mujer no se halla exenta de este mal, pero en la confrontación con el hombre sólo ha podido, o sabido, ser amo en forma sintomal. La solución encontrada, la histeria, no es más que una salida aberrante, un grito desesperado, de la mujer acorralada en tanto género femenino. La histeria no es sino el síntoma de la estructura conflictual de la feminidad en nuestra cultura.*

Emilce Dio Bleichmar. 1985.

# HISTERIA ¿CATEGORÍA ELUSIVA O TRANSFORMACIONES DE LA FEMINIDAD?[126]

EMILCE DIO BLEICHMAR [127]

Es un comentario clásico sostener que "las manifestaciones de la histeria siguen la evolución cultural, social y son fieles a la moda"[128], y al aceptar la invitación de Javier Ramos García para participar en un ciclo sobre la histeria me pregunté ¿estamos en condiciones de explicar cómo se produce esta evolución?

En *El Feminismo Espontáneo de la Histeria* (1984) consideré la histeria como un trastorno narcisista de la feminidad (género). El siglo XX ha sido testigo de la profunda transformación de la condición de la mujer, que se ha dado a llamar la revolución silenciosa, y en estos últimos 25 años especialmente en España podríamos afirmar que el cambio ha sido monumental. ¿Ha incidido este cambio en las manifestaciones histéricas?

Jules Falret, siguiendo a Griesinger, la denomina una enfermedad odiosa por su versatilidad, su espíritu de contradicción y controversia, su doblez. Francisco Pereña considera que es odiosa por lo irreductible a la norma a lo <*nor-male*>. A la norma-macho que decía Lacan. Si la normalidad consiste primordialmente en satisfacer al Otro, en el síntoma

---

126 Versión ampliada del trabajo "Múltiples motivaciones y configuraciones del Self en el comportamiento histérico" presentado en el panel "Sexo, Género y Subjetividad" del XXVII Congreso Latino Americano de Psicoanálisis "Persona y presencia del analista". Federación Psicoanalítica de América Latina. Santiago de Chile, septiembre de 2008.
Una versión de este mismo trabajo fue presentada como conferencia el 11 de junio de 2008 en el Hospital 12 de Octubre dentro del ciclo titulado: "Aproximaciones contemporáneas a la histeria".

127 edbleichmar@aperturas.org

128 Chauvelot, 2001.

histérico es la propia satisfacción del sujeto la que queda afectada. Por eso es "odiosa". [129]

Es mi propósito en esta ocasión hacer un breve recorrido por algunos planteamientos y hallazgos que se han realizado últimamente, que me parecen significativos, y que pueden constituir un aporte para cambiar esa imagen odiosa de la histeria que ha prevalecido en la cultura, y que los profesionales hemos contribuido a mantener. La propuesta, en primer lugar, es pensar su variabilidad como vinculada a las transformaciones que se han producido y que siguen produciéndose en torno a la feminidad (género); seguidamente, considerar la incidencia del abuso sexual en los cuadros disociativos y, finalmente, revisar el compromiso cerebral en los fenómenos histéricos.

## REPENSANDO LA HISTERIA DESDE LOS CAMBIOS Y EVOLUCIÓN DE LA FEMINIDAD.

Cuando se explica que la histérica "es irreductible a la norma a la normale, a la norma-macho, y que la normalidad consiste en satisfacer al Otro", a esta altura de la disquisición psiquiátrica-psicoanalítica una se pregunta ¿quién es el Otro de la histérica? ¿Las Asociaciones Psiquiátricas, la Academia, las teorías que tratan de explicarla? Escucharla puede mostrarnos que lo que enferma a la histérica es justamente lo contrario a la supuesta irreductibilidad a la norma, la enferma la sujeción a la norma, el condicionamiento de género que le impone **ser seductora, sexual y dependiente.**

Examinemos la norma o sea la feminidad. La feminidad/masculinidad, el género, es un componente esencial del Yo representación[130] del Self o

129 Pereña, 1989.
130 Laplanche, 1970

sí mismo, entidades teóricas que subjetivamente no son neutras, por el contrario tienen género. El género no es una vicisitud tardía del desarrollo psicosexual, es un componente básico de la estructura subjetiva, de las identificaciones del Yo, de los valores del Superyó que orientan la pulsión. Las investigaciones en torno al desarrollo temprano han provocado un vuelco teórico en la concepción de la psicosexualidad introduciendo el peso de la intersubjetividad en la organización del psiquismo. Así como para los neurocientíficos la separación cuerpo-mente ha dejado de tener sentido, una concepción actual de la psicosexualidad no puede dejar de plantear la relación entre sexualidad y género como un sistema desde los orígenes, un sistema sexo-género de relaciones complejas y múltiples. El género se halla presente en la subjetividad, en la fantasmática parental desde el mismo momento del nacimiento de la criatura humana y asistimos al doble proceso identificatorio de los adultos sobre la criatura a la que transmitirán sus deseos, temores y anhelos y de los niños y niñas identificándose al igual y distinguiéndose del diferente.[131]

## EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA SEXO-GÉNERO.

Todas las teorías para la explicación del desarrollo de la feminidad o masculinidad apelan al concepto psicoanalítico de la identificación del niño con el padre o con la madre. Recientemente este concepto se ha enriquecido en el campo del psicoanálisis con las investigaciones en la relación temprana que estudia las relaciones recursivas entre la neurobiología, el nivel intrapsíquico y los procesos relacionales, y se ha puesto de relieve la importancia del proceso en la dirección del adulto al niño[132]. Lo central

131 Dio Bleichmar, 1984, 1992a, 1992b.
132 Stern, 1985; Schore, 1994; Beebe et al., 1997; Siegel, 1999.

es, por una parte, que el adulto reconozca y responda a la masculinidad o feminidad del niño/a, y por otra, lo central recaería en *la incorporación por parte del niño de una relación más que de una figura*, de modo que cuando un niño se identifica con su madre internaliza como núcleo de su identidad la relación que la madre tiene con él como persona de otro sexo[133]. Es así como en la actualidad se afirma que una identidad masculina es mayormente construida a partir de la identificación con las actitudes conscientes e inconscientes del adulto hacia su masculinidad. Niños que carecen del reconocimiento intersubjetivo de su masculinidad pueden desarrollar formas defensivas de hipermasculinidad o misoginia. Otras investigaciones ponen el acento en la incorporación de actitudes de desvalorizacion y descalificación de lo femenino en parejas heterosexuales tanto por niñas como varones.

El feliz concepto de *significante enigmático* propuesto por Laplanche[134] para dar cuenta de la trasmisión y moldeamiento de la sexualidad del infante por parte del adulto, es necesario y coherente extenderlo al proceso por el cual la criatura humana reconoce su nombre, su fisonomía y sus cualidades como nena o varón a través de la relación con el adulto. Doble proceso de acción de los fantasmas identificatorios: de los padres sobre la niña y de la niña hacia los padres. La vivencia del Yo puede ser clara o ambigua en torno a la feminidad o masculinidad, pero nunca deja de estar marcada por el sistema sexo-género de los adultos Parafraseando a Laplanche, la criatura mirando al adulto puede interrogarse ¿qué quiere mi madre y/o mi padre cuando me llaman "mi linda nena"?

Un ejemplo de la amplitud y extensión de la acción del sistema sexo-género en la estructuración diferencial de la subjetividad es cómo se viven de forma diferente las emociones, de tal modo que las mismas emo-

133 Diamond, 1997, 2004.
134 Laplanche, 1987.

ciones adoptan modalidades distintas en hombres y mujeres. "Ante un sentimiento de miedo, un sujeto puede automáticamente sentir enfado, siguiendo el estereotipo masculino, o bien si es una mujer ante el enfado, llorar. El significado para el self masculino al sentirse herido es una vivencia de debilidad, de carencia o vulnerabilidad que es rechazada, y por medio del enfado recuperar la fuerza y el sentimiento de potencia. En las mujeres, ante el enfado se sienten invadidas por la impotencia "¿a qué mayor conflicto interpersonal las conduciría el enfado?".[135]

En la polaridad femenino/masculino la feminidad ha sido una identidad devaluada a lo largo de la historia, de modo que nos podemos preguntar cómo han hecho las mujeres para equilibrar las diversas limitaciones del Self. La respuesta tiene que ver con el lugar que el hombre ocupa en su subjetividad, situando como parte de su propia subjetividad, de su Ideal del Yo, a algún hombre.

El lugar del hombre en la complementariedad de género se establece de acuerdo a diversas dinámicas, la más frecuente y universal es por medio de *la idealización del amor*. El deseo y la meta se concentran y se reducen a ser la mujer de un hombre (tener una pareja y formar una familia). O por *la localización del ideal del Yo en el otro*, delegando en el hombre el logro de los fines que supone velados para sí misma por su condición de mujer; de modo que será la compañera que todo hombre busca para la sostener las durezas de la vida, y ella vivirá y disfrutará de los logros de él como si fueran suyos, o en su defecto le reprochará que no los haya alcanzado. Otra forma es el desarrollo *de patrones masculinos como ideal del propio Self*, o sea lo que se ha llamado un carácter fálico-narcisista, ya que si las mujeres se suman al modelo masculino de acción en el mundo hasta hace muy poco se las consideraba ocupando un lugar ajeno; y finalmente

135 Greenberg, 1997.

*la institución del deseo masculino como ideal del Self.* En la actualidad, la igualdad en la educación y la incorporación masiva de la mujer en la vida pública han desdibujado esta masculinización, incorporándose como expansión normal de Self femenino. O sea un alto recambio de parejas y de encuentros sexuales como normales para chicas y chicos.

Cada una de estas configuraciones psíquicas constituye variantes de investidura narcisista de objeto, de modo que no resulta sorprendente que su síntoma pueda estar dirigido hacia el otro y su discurso hablará siempre de un hombre, ya que él es parte de su subjetividad[136]. A su vez, las estrategias de seducción a partir de sus atributos básicos -atractivos físicos y emocionabilidad- aparecen como un recurso pleno de posibilidades para lograr las aspiraciones de su Ideal del Yo.

Pasando revista a los criterios diagnósticos que dibujan la personalidad histriónica (DSM-IV-R) vemos que en la descripción efectivamente se acentúan los rasgos –la caricatura del estereotipo- a partir de los cuales se establece la polaridad caracterial de la feminidad: a) centrada en las relaciones interpersonales: *patrón generalizado de búsqueda de atención, se siente incómoda si no es el centro de atención, considera las relaciones más íntimas de lo que realmente son y es fácilmente sugestionable*; b) el predominio de los aspectos afectivos que ha desarrollado desde niña jugando a cuidar las muñecas y el hogar: *su emocionabilidad, a veces exagerada y teatral* c) la linda nena convertida en mujer con *la apariencia física suficiente para llamar la atención e interacción con otros en la que predomina la seducción sexual o conducta provocativa.*

Los cambios en la presentación de la histeria parecen centrarse en las modalidades o formas de búsqueda de atención, efectivamente la identificación histérica con mujeres enfermas o con crisis epileptoides no apa-

136 Dio Bleichmar, 2008.

rece como un recurso para la búsqueda o mantenimiento de relaciones en la actualidad, de manera que lo que cambia son las modalidades de la seducción, pero no la seducción en sí misma.

Ahora bien ¿cuál es la motivación que induce el comportamiento seductor? Siempre se ha sostenido que es la sexualidad cuando, en realidad, un examen detenido de tal comportamiento nos abre un abanico de motivaciones que se valen de la seducción para conseguir el acceso a la relación. ¿En esto consiste la manipulación, la doblez que caracteriza el comportamiento histérico? Comprensión clásica y sesgada que ha llevado a interpretar que "su deseo es no satisfacer el deseo del otro"[137]. Desencuentro milenario entre el hombre y la mujer ya que ella sugiere o promete sexualidad cuando sus deseos y motivaciones son variados, múltiples y condicionados por el mayor o menor desarrollo de su subjetividad, intentando conseguir por medio del contacto y la relación el reconocimiento de algún hombre.

¿Cuáles son los motivos de consulta de las mujeres histéricas? Conflictos de pareja, amenazas de ruptura, ruptura o falta de pareja. ¿Consultan por trastornos de la sexualidad? En general, lo hacen si la falta de deseo amenaza la estabilidad o el mantenimiento de la pareja, raramente como una motivación propia de su anorgasmia o falta de apetito sexual. Examinando sus relaciones de pareja nos encontramos con multiplicidad de motivaciones que configuran sus deseos, planteamiento que puede contribuir a la comprensión del polifacetismo de la histeria.

La multiplicidad de motivaciones en el psiquismo viene siendo sostenida por diversos trabajos en el psicoanálisis, se halla presente en muchos momentos de la obra de Freud así como ocurre con otros autores como Stern, Lichtenberg, Gedo, o Westen[138] por haberse decantado explícita-

137 Lacan, 1966.

138 Destacando a Stern (1985); Lichtenberg (1989, 1992); Gedo (1979, 1981) Westen

mente por la modularidad, o Pine[139], con su intento de integración de lo que denomina cuatro psicologías: la de la pulsión, la del Yo, la de las relaciones de objeto y la de "la experiencia del Self", tomando las diversas dimensiones aportadas por estas corrientes para mostrar cómo son indispensables para entender la complejidad del psiquismo[140]. Hugo Bleichmar desarrolla un modelo explicativo multimotivacional que se funda en la modularidad cerebral que llama *Enfoque Modular-Transformacional* y que comprende la sexualidad, el narcisismo, el apego, la hetero-autoconservación y la regulación emocional, modelo que al ser aplicado a la histeria puede agregar mayor comprensión a la diversidad clínica que caracteriza este cuadro.

Veamos, a través de viñetas clínicas, en primer lugar un caso que puede ilustrar el conjunto de motivos subyacentes a la búsqueda de contacto -autoconservación, narcisismo, apego y regulación emocional- y que pueden responder al perfil de histerias "compulsivamente dependientes y apaciguadoras" que describe Millon[141].

Carmen, mujer de apariencia deslumbrante de la que nadie diría que tiene 55 años, gesticulante y ampulosa inunda el ambiente con su presencia. Consulta por conflictos con su marido y su aparente propósito de separación diciendo: "hasta aquí he llegado, no puedo aguantar más, siempre le he dicho amén". Hija única, a los 15 años muere su padre quien era el único sostén financiero de la familia, con esfuerzo consigue estudiar y obtener un cargo de funcionaria, aunque siempre deseó ser artista (esa había sido mi fantasía al verla entrar a la consulta). Al conocer a su marido, deja a su madre, su cargo, su ciudad y se convierte en su secretaria

(1997).
139 Pine, 1990.
140 Bleichmar, 1997, 1999.
141 Millon, 2004.

privada hasta la actualidad. Una de las preocupaciones de Carmen para separarse es su total dependencia financiera, "él paga todos los gastos y me da un sueldo similar al que yo ganaba" (¿?) ¿Cuánto tiempo llevan juntos? "Más de 20 años y me sigue dando lo mismo". De modo que a partir de la relación Carmen ha organizado su vida y satisfecho diversos deseos básicos, en primer lugar la indefensión vital.

Agrega: "tiene un carácter colérico, muy fuerte, pero yo siempre he tratado de suavizar y arreglar conflictos de todo tipo, de minimizar cualquier diferencia aunque tenemos muchas, cuando estalla soy complaciente y me deshago en elogios de sus actuaciones (él es artista), aplacando infructuosamente lo imposible de aplacar... porque no soporto que no me llame y se distancie, me descompongo". De modo que la relación cubre las necesidades de apego de Carmen a cambio de su aporte en la contención emocional y "reposo del guerrero". Carmen se desespera porque ha dejado de admirarlo, "era como estar con un pedazo de Dios" y el brillo del objeto que iluminaba su persona se ha oscurecido poniendo en riesgo su equilibrio narcisista satisfecho a través de él. ¿Cuál es el problema actual de la pareja? Que Carmen ya no responde con la misma disponibilidad sexual como lo hacía anteriormente – "tengo que decirle que no era el sexo lo que me unía a él"-, él estalla más frecuentemente, con violencia y ella comienza a desequilibrarse, ante tal riesgo él le paga una psicoterapia para que vuelva a ser la de antes. ¿Podemos comprender que en algunos casos lo que se explica como una especificidad del deseo de la histérica "de no satisfacer el deseo del otro" tiene más que ver con una problemática compleja de desencuentro de deseos? ¿Qué es lo que Carmen no aguanta más? La invisibilidad de su propio Self. Durante años ha sido la proveedora de cuidados, ha atenuado actitudes que podían atemorizarla por medio de la seducción al perseguidor y la mascarada del ofrecimiento sexual para sentirse protegida y acogida. Sus múltiples restricciones del Self la

han llevado a lo que se ha dado en llamar "dependencia amorosa", fórmula que encierra un universo de factores que componen "el amor"[142].

Fuertes motivaciones de apego llevan a muchas mujeres mantener parejas con quienes no tienen una buena sexualidad, y a no quejarse por ello. Mujeres que sufren de frigidez sexual y esto no es un motivo de consulta, y sí lo es cuando sienten amenazado el vínculo de pareja. La motivación de apego no garantiza que la relación no atraviese por conflictos de todo orden, pero ante las amenazas de ruptura del vínculo se apelará nuevamente al instrumento de la seducción. ¿Podemos comprender que en algunos casos lo que se explica como que "su deseo es no satisfacer el deseo del otro", tiene más que ver con un desencuentro de deseos, que no es la sexualidad lo que ella busca?

En otros casos, con menores restricciones del Self, no obstante son las motivaciones narcisistas las que prevalecen.

Susana, 33 años, vivaz, encantadora, burbujeante, fresca, vehemente, frívola, impulsiva, busca aventuras divertidas y pasajeras. Ella aporta este conjunto de virtudes a sus parejas -guapos, ricos y famosos- que selecciona por el brillo que le aportan. Consulta por su profunda inseguridad, "nunca estoy segura de nada". La seguridad e inseguridad también son un rasgo del Self que exige una exploración de su polisemia. Está segura de gustar a los chicos, sabe como seducir y siempre tiene éxito pero parece que ninguno alcanza a lanzarla al estrellato que ella espera. Hija de padres con gran reconocimiento social, hermana y prima de mujeres que han sobresalido en su medio, Susana trata de conquistar algún valor que ella no cree tener ya que no tiene carrera, "ni me destaco por nada" cómo dice, sólo su atractivo físico y las parejas que consigue. Los hombres se comprometen con ella pero los romances naufragan y ella no sabe por

142 Dio Bleichmar, 2008.

que y termina abandonándolos. Susana es un caso paradigmático de la insatisfacción del sí mismo que afecta no sólo su sexualidad sino toda su capacidad amorosa, es la primera que considera su poco valor y se atormenta con su autocrítica mordaz, ya que habla de sí misma como una "encantadora de serpientes cuando despliego tanta energía y velocidad de palabras que engaño a todo el mundo". Susana vive sumida en los conflictos de su feminidad en transición, no quiere ser una "Marujita, boba y bonita que cuido de mis niñitos, tampoco sirvo para ejecutiva, mis amigas se desviven por esos puestos que las mandan de Londres a París todo el tiempo, yo estoy cansada de conocer ciudades..." ¿Cuál es el Ideal del Yo que persigue? No sabe.

Y en un polo del espectro podemos identificar a las que siguen alimentando el estereotipo por el que la psicología popular identifica el cuadro: el descontrol emocional, la angustia flotante que llamó la atención de Freud, característica de la histeria de angustia

Consuelo, 17 años, impulsiva, pierde el control, tiene estallidos, emociones rápidas, turbulencia, malhumor, nerviosismo, tensión permanente.. "Tengo un caos mental, pienso en irme de mi casa dos ó tres días, fantasías de dejar el curso... Me pongo nerviosa y me entra agresividad, rompo folios, se me ocurren locuras...pensar en la vida cotidiana...cualquier situación con mis padres o con mi hermana me hace perder los papeles". Múltiples ligues y relaciones amorosas "es lo único que me sale bien y me calma". Una adolescente que responde a la combinación de rasgos histéricos en una personalidad borderline[143]. Lo que predomina en Consuelo es justamente su falta de consuelo, de autorregulación emocional, efectivamente sus amigos y familia así la conocen "es una histérica". A través de su tratamiento llegamos a saber que Consuelo proviene de un

143 Dio Bleichmar, 1991; Kernberg, 1967.

hogar muy disfuncional, con múltiples experiencias indicadoras de haber desarrollado en su temprana infancia un apego desorganizado, fuente de diversas dificultades a lo largo de su escolaridad y que terminan desembocando en su adolescencia en un cuadro borderline, que la lanza a una desenfrenada carrera de búsqueda de seguridad emocional en la relación amorosa con sus parejas.[144]

A manera de conclusión y respondiendo al pedido de Javier Ramos García de "ir, poco a poco, pincelada a pincelada, tomando contacto con la "esencia" de este modo de neurosis", yo propondría considerar como núcleo de la histeria: **el uso instrumental de las emociones, los sentimientos, la sexualidad, para satisfacer o completar aspectos deficitarios de la estructura del Self a través de la relación amorosa**. Estrategia fallida porque efectivamente cae en su propia trampa, ¿cómo va a satisfacer al otro si no está satisfecha ella misma, ya que la relación no alcanza para la satisfacción de los deseos de expansión de sí misma, y de no estar sujeta a la **mascarada del ofrecimiento sexual**?

La primera vez que en el psicoanálisis aparece la idea de la feminidad como algo inauténtico, como disfraz o mascarada –sostenida en torno a la seducción- fue en el trabajo de Joan Rivière, titulado *La Feminidad como Mascarada*, publicado en 1929, con anterioridad a los trabajos de Freud, *La Sexualidad Femenina* de 1931 y *La Feminidad* de 1933. Artículo que ha tenido una amplísima difusión y aceptación por la comunidad científica.

La descripción del caso se inicia con una tipificación, *«aludo aquí a un tipo particular de mujer» . No hace mucho que las carreras intelectuales eran exclusivamente patrimonio de un cierto tipo de mujeres, manifiestamente masculinas, que en algunos casos ni siquiera ocultaban su deseo de ser*

---

144 Lyons-Ruth, 2008.

*un hombre o su reivindicación viril. Los tiempos han cambiado. De todas las mujeres dedicadas actualmente a una profesión liberal sería difícil decir, observando su modo de vida o su carácter, si la mayoría es netamente masculina o femenina. En el medio universitario o científico, así como en el mundo de los negocios, se encuentran constantemente mujeres que parecen responder a todos los criterios de una feminidad realizada. Son buenas esposas, excelentes madres, amas de casa competentes; participan en la vida social y en los acontecimientos culturales; manifiestan intereses específicamente femeninos preocupándose de su apariencia y encuentran el tiempo necesario, cuando es menester, para desempeñar el papel de un sustituto paternal abnegado y desinteresado en su círculo familiar o junto a sus amigos. Pero, al mismo tiempo, son capaces de asumir las responsabilidades de su vida profesional, por lo menos tan bien como cualquier hombre. Uno se ve en serias dificultades para clasificar, desde un punto de vista psicológico, un tal tipo de mujeres.*[145]

¿Por qué esta exigencia clasificatoria? ¿Por qué para describir a la paciente se ve obligada a encuadrarla en una tipología y, una vez efectuado esto, resulta que no cuadra y le asalta la duda de si es una verdadera mujer o tiene algo de hombre? Utilizando los esquemas actuales de delimitación y demarcación de niveles de análisis, diríamos que para sostener «*el punto de vista psicológico*» hubiera sido necesario hacer referencias al discurso, o a las fantasías, o a los sueños, o a la transferencia, a través de los cuales se mostrara la vacilación o la inconsistencia de la feminidad en su psiquismo. No a la conducta social, ni a las actividades, ni al ámbito de tales actividades.

¿Por qué a Joan Rivière no le alcanzan los instrumentos conceptuales del psicoanálisis y cuando se enfrenta con el tema de la feminidad de una mujer determinada -en su particularidad de sujeto singular, no en tanto

145 Rivière, 1929; p. 258.

categoría general- sin embargo, lo hace en base a las configuraciones vigentes sobre la feminidad/masculinidad de orden social? Y es justamente a partir del perfil no habitual de feminidad de esta mujer para la época -finales de la década de los años 20- que el interrogante surge en J. La feminidad/masculinidad se presenta claramente como un sistema previo, ya existente en la mente de la investigadora, un código sólidamente pautado sobre lo prescrito, lo prohibido, lo adecuado o inadecuado para uno u otro sexo, ya que la duda sobre la pureza de los componentes femeninos de esa mujer en particular, evaluada por una psicoanalista en particular, se establecen a partir de sus comportamientos sociales. Y no hay forma de sustraerse a los códigos de género.

Sin embargo, no sitúa los elementos de análisis dentro del marco de un código de tipificación que trasciende al sujeto singular, sino que cree, considera que es desde un «*punto de vista psicológico*» que la paciente es difícil de clasificar en tanto mujer.

Lo que llama la atención es que a continuación de la tipificación social, pasa a describir cómo se autodefine o autorrepresenta la paciente desde un punto de vista psicológico y, no lo hace precisamente confundida entre ser hombre o mujer, sino que se define franca e indudablemente femenina: «*estaba orgullosa de ser una perfecta ama de casa, sus relaciones con el marido eran excelentes tanto en el plano afectivo como en sus relaciones sexuales que eran frecuentes y satisfactorias*». [146]

Vemos entonces, que el primer criterio aplicado por J. Rivière para poder establecer una neta demarcación entre feminidad y masculinidad es a través de las actividades desempeñadas: cuando las mujeres colman los recintos universitarios, o el mundo de los negocios, o la vida profesional y en lugar de quejarse y pedir ayuda, se desempeñan tan bien como lo haría

146 Op. Cit. p. 259.

cualquier hombre, la feminidad se violenta, se desnaturaliza. Entonces, si eso es lo que sucede en el plano de la acción, desde un punto de vista psicológico -que es el plano en que supone está realizando su análisis- ¿debiéramos sospechar sobre la pureza de su sexualidad, se trata de mujeres verdaderas o son homosexuales encubiertas? El interrogante sobre el componente masculino/femenino en los años 30 no podía encontrar otro cauce desde donde entenderse que no fuera en torno a la pulsión y a la envidia al pene.

¿Cuáles eran los problemas de esta mujer tan exitosa? Cierta angustia, a veces muy intensa después de sus actuaciones en público, en conferencias y debates que ella daba o dirigía, a pesar de su innegable buen desempeño, de sus cualidades intelectuales, dones prácticos, de su capacidad para interesar a la audiencia y para dirigir un debate. Esa angustia se le dibujaba bajo dos formas: 1) temor de haber cometido algún error o torpeza; 2) compulsión a coquetear y seducir con hombres, más o menos, veladamente. Comportamientos que desplegaba a continuación de sus actuaciones en público y que contrastaban fuertemente con la actitud objetiva e impersonal que ella adoptaba en el transcurso de las mismas.

Examinemos el síntoma en detalle, que una mujer en 1930 desempeñe funciones públicas, haciendo uso de la palabra, dirigiendo debates y en constantes situaciones de evaluación colectiva, consistiría en una situación de por sí tan ajena, no familiar y exigente para una mujer, que podríamos otorgar la cualidad de realista a su temor a cometer errores o torpezas. No parece un temor tan injustificado, tal temor nos habla de un sano juicio crítico y de realidad y de un esmero por mantener su buen desempeño. Rasgos todos que indican un alto grado de organización de las instancias psíquicas Yo-Superyó-Ideal del yo. Así parece entenderlo J. Rivière quien no hace demasiado hincapié en este punto, y sí lo hace en la necesidad de seducir a los hombres que tenía esta mujer, en la des-

esperación aplacatoria, ya que la fantasía apuntaba a que sus «*proezas intelectuales debían generar represalias por parte de los hombres. El miedo horrible a que el padre se vengara*»[147] quedaba neutralizado en el fantasma de ofrecimiento sexual.

La interpretación que hizo la analista del significado de este comportamiento permitió aflorar el recuerdo de fantasías conscientes durante su adolescencia en el sur de los Estados Unidos: *un negro venía a atacarla ella se defendería obligándole a abrazarla y hacerle el amor*[148]. Este recuerdo de una estrategia cuidadosamente planeada de joven, junto a la conducta actual de la paciente, llevan a J. Rivière a concluir que la mujer albergaba una subterránea rivalidad con el hombre, fuertes y secretos deseos de castración y de exhibición de su propio "pene". Las habilidades intelectuales de la paciente son comprendidas por Rivière como expresiones de su masculinidad/homosexualidad inconscientes. Cuando indudablemente la presencia de angustia o persecución ante el éxito, en ámbitos masculinos en la mente de las mujeres parece responder a su más cabal feminidad, ¿cuál si no la explicación del aplacamiento, sino provocar un retorno a una relación masculino-femenina en la que se vuelva a los roles tradicionales, es decir, a los sexuales que tranquilizan y sitúan quién es quién?

¿Por qué esta compulsión de retorno a un comportamiento de clara delimitación de la diferencia de sexos que la actividad intelectual había borrado? Porque la paciente, como cualquier mujer de los años 30 y como cualquier mujer aún hoy que se desempeña en ámbitos de acción tradicionalmente de patrimonio masculino, "sabe" que si lo hace bien, despertará desde un gélido silencio hasta la más honda indignación en la audiencia masculina, y que las represalias posibles en su variedad -que dependerán

147 Op. Cit. pág. 261.
148 Íd.

de cuán seguro se siente el hombre en sus posiciones- siempre incluirán, como constante, una duda sobre su feminidad. Lo verdaderamente sorprendente es que esto mismo es lo que concluye J. Rivière -quien no es ni hombre, ni un observador prejuicioso- se trata de una doble transgresión a la *masculinidad y a la feminidad*. La psicoanalista comparte en un registro ideológico, y legitima en el científico, el mismo supuesto que la paciente y los hombres sostienen sobre este "tipo" de mujeres.

Si invertimos la perspectiva de análisis las piezas se acomodan de otra manera. Una mujer en 1930 que desempeñe funciones en el ámbito público desde posiciones directivas y por medio de la palabra, necesariamente lo hace con un riesgo social que no puede dejar de tener consecuencias psicológicas ¿Cuál es el riesgo? No sólo su probable insuficiente preparación técnica -pues las estructuras sociales no estaban, ni están aún, preparadas para recibir candidatas femeninas para estas funciones (que las mujeres aprenden siempre de costado o de prestado)- sino y más significativamente, que su modelo no haya sido otra mujer sino un hombre.

Por tanto, se está desempeñando en "un lugar ajeno", se trata de una usurpación de hecho. Si lo "natural" era que estos cargos, funciones y actividades pertenecieran a los hombres, una mujer allí no podía dejar de sentirse usurpando algo, desalojando a alguien, rebajando a otro. ¿No es esto lo que el código cultural prescribe? ¿Acaso el derecho a la vida pública las mujeres lo descubren fácilmente rastreando los libros de filosofía, hojeando los textos de estudio, en la experiencia cotidiana o familiar de alguna otra mujer, en alguna otra figura social? No olvidemos que hasta hace muy poco, la mujer "pública" o una "profesional" era la prostituta, único rol público que se le reconocía a la mujer en tanto tal, en otro papel no podía ser pensada sino como masculina, confundiendo el código de lectura y de interpretación con el contenido psíquico y hasta con la naturaleza de la pulsión.

Esto se pone en primer plano en la interpretación de Joan Rivière: «*Bajo este disfraz, no sólo el hombre no podía descubrirle encima ningún objeto robado que debería recuperar por la fuerza, sino que la encontraba atractiva, además, en tanto objeto de amor. Así, el fin de su acto compulsivo no apuntaba simplemente a lograr afirmarse despertando en el hombre sentimientos afectuosos, sino que trataba sobre todo, adoptando la máscara de la inocencia, de asegurar su ingenuidad. Era realmente una anulación obsesiva de su proeza intelectual, los dos aspectos constituían "la doble acción" de su acto obsesivo, así como su vida entera no había sido más que una alternancia de actividades masculinas y femeninas*»[149].

Nada más cierto que la conclusión de J Rivière: «su vida no había sido más que una alternancia de actividades femeninas y masculinas», ya que lo que demuestra el material es que la masculinidad de la paciente no se basaba en una identidad oculta o en deseos de ser hombre ("*en su vida reconocía explícitamente su condición de mujer; sus relaciones con el marido eran excelentes tanto en el plano afectivo como en sus relaciones sexuales que eran frecuentes y satisfactorias; estaba orgullosa de ser una perfecta ama de casa*" ), sino en el despliegue de actividades consideradas masculinas. Era precisamente en el curso de estas actividades (conferencias, debates) que la angustia hacía su aparición. O sea, que queda bien delimitado el teatro de operaciones en que el disfraz mostraba la hilacha: durante el desempeño de actividades que la colocaban en dueña de la acción y sujeto de la palabra.

El examen de la rivalidad con el género masculino merece también un tratamiento minucioso, veamos el texto: «*Experimentaba sentimientos conscientes de rivalidad respecto a las figuras paternas, frente a las cuales reclamaba una superioridad, pero de las que solicitaba atenciones después de las conferencias o de las reuniones. La idea de que ella podría no ser su igual*

149 Íd.

*la hería profundamente; en la intimidad no aceptaba la idea de que podría ser juzgada o criticada por ellos»*[150]. Que una mujer "experimente" sentimientos conscientes de rivalidad respecto a los hombres no nos indica ningún grado de patología severa, sino que posee ambiciones y aspiraciones en ámbitos que tradicionalmente han sido desempeñados por hombres. Si son los hombres los que hablan y escriben y su padre era uno de ellos, y si ella se dedicaba a la acción pública y a la escritura ¿con quién iba a competir? ¿Y cómo no competir puesto que, sin competencia no hay puesta a prueba? Por lo tanto, si la rivalidad de esta mujer se reducía a un sentimiento consciente de rivalidad que se "experimentaba" con toda la corte de consecuencias psíquicas concomitantes: autopersecución, culpa, necesidad de aplacamiento y reaseguramiento, sentimiento que no había dado origen a daño alguno a terceros, es decir, que no recibía un tratamiento paranoide, ni era actuado, ni creaba inconvenientes en la relación interpersonal ¿qué otro curso es posible imaginar para la competencia y la rivalidad inherentes a la existencia humana, cuando, como en cualquier caso de los múltiples que la vida nos depara, hay un solo lugar para dos?

La rivalidad entre los sexos en psicoanálisis se ha formulado, predominantemente, en términos genitales, confundiendo la forma del fantasma o las condiciones de representabilidad psíquica con lo representado, o sea el significante con el significado, el genital con el amplio ámbito de acción humana que la masculinidad simboliza.

## CONSECUENCIAS TEÓRICAS Y EFECTOS PSÍQUICOS DE TAL TEORÍA.

La explicación que fundamenta la angustia y persecución que afecta a la mujer que ocupa un lugar social de hombre, como surgiendo *exclu-*

150 Op. Cit. p. 260.

*sivamente* de deseos exhibicionistas y de rivalidad destructiva, legitima, refrenda y refuerza la concepción de que son lugares "naturales" del hombre y su ocupación por una mujer constituye un acto de robo y usurpación. Si la mujer otorga al saber psicológico vigente sobre la mujer y a su terapeuta, mujer u hombre, todo el supuesto saber sobre su condición que sería pertinente añadirá a la angustia y persecución por la usurpación culpa y dudas sobre su condición femenina. Toda duda sobre la feminidad y, obviamente, si la explicación transcurre por el canal exclusivo de su representación anatómica -el deseo de poseer un pene-, provocará alteraciones y/o conflictos en torno al área sexual y autoinculpaciones por el uso que hace de su inteligencia, actividad humana a la que se la ha convertido en el equivalente de un pene.

De esta manera se legitima, refrenda y refuerza una concepción sexista de la actividad intelectual, como atributo natural y exclusivo del hombre. A su vez el/la terapeuta incluirá su hallazgo como una confirmación más de ésta que sustenta tal enunciado, proveyendo una evidencia singular que contribuye a su mayor crédito como verdad científica.

A pesar de los intentos de arrancar la teoría de esencias inmanentes: "bisexualidad biológica", "el enigma de la diferencia", la teoría convalidará la fantasmática colectiva sobre las diferencias inherentes a los géneros, al entender la conflictiva individual bajo los moldes y representaciones vigentes en la cultura. Se pretende estar formulando una explicación científica cuando en realidad se está reforzando la circularidad entre mito y fantasma. Las mujeres y hombres insertos en este discurso cultural y científico continuarán imaginarizando toda creatividad y potencia de una mujer en áreas no tradicionalmente femeninas -hogar e hijos- como algún tipo de usurpación o transgresión. Sus fantasmas y sueños individuales seguirán poblados de mujeres fálicas y hombres amenazados de mutilación. Se seguirá desconociendo la distinción entre feminidad y

sexualidad femenina, es decir, entre género y sexo, entre máscara o papel social a representar y deseo sexual.

Se seguirá enmascarando y acentuando el ordenamiento jerárquico entre los géneros por medio de una insistente recurrencia a la diferencia de sexos, reduciendo la complejidad de los conflictos que son inherentes a la alteridad y desigualdad humana, a lo visible de una diferencia, lo anatómico. Esta línea de pensamiento queda reflejada en la descripción que hizo W. Reich en 1933 del carácter *fálico-narcisista "preocupada en establecer la igualdad o la superioridad fálica con el objeto*".

¿Tenemos otras herramientas teóricas para entender a mujeres similares a la paciente de Joan Rivière? Teniendo en cuenta las transformaciones de la feminidad a lo largo de casi un siglo, la mascarada se desdibuja y es una mujer corriente del siglo XXI.

El caso de Irma, 29 años, resultó curioso desde el inicio ya que consulta porque desde que el novio, con quien convive desde hace tiempo, le propone matrimonio no hace más que sentirse muy perturbada, confusa, triste y con ganas de llorar en cualquier momento. Tiene dudas sobre la decisión a tomar. Ejecutiva de alto nivel, reconocida en su medio profesional, integrada en su familia y en la futura familia política, valora la amistad manteniendo relaciones con amigas y amigos de distintos sectores, tiene su propio piso y un bienestar producto de su trabajo desde su graduación.

La exploración muestra que sus dudas no se hallan relacionadas con la pareja en sí misma sino con el cambio de vida que el matrimonio implica, con el riesgo a la pérdida de libertad y al bienestar que goza con su vida tan variada, ya que viaja con frecuencia y su trabajo es altamente estimulante. No pude dejar de pensar en las bromas y chistes que se hacen en las despedidas de solteros de chicos en torno a lo que un hombre sacrifica y renuncia con su voto matrimonial. La transformación de la identidad

femenina es tal que Irma no teme quedarse sin pareja o necesitar de un hombre para su sustento o para que la represente en el mundo, no tiene déficit alguno de su Self. ¿Es que Irma es un carácter masculino? Todo lo contrario, es abierta, afectiva, muy hermosa y elegante, no tiene inseguridades, gusta por quien es, no seduce, no tiene necesidad de aplacar o de ofrecerse sexualmente para conseguir nada.

## INCIDENCIA DE LOS ABUSOS SEXUALES EN LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA IDENTIDAD.

A partir de la denuncia creciente del abuso sexual en la infancia se hace evidente el procesamiento psíquico de la realidad traumática por medio de mecanismos de disociación[151]. El trabajo de Jennifer Freyd[152] *La Lógica del Olvido. Abusos Sexuales en la Infancia* recibió en 1997 el premio Pierre Janet a la excelencia científica, otorgado por la Sociedad Científica para el Estudio de la Disociación.

En la descripción del cuadro del Trastorno Disociativo de la Identidad antes llamado Trastorno por Personalidad Múltiple, el manual de la Asociación Psiquiátrica Americana da cuenta de la frecuencia de patrones repetitivos de relaciones que implican abuso físico, sexual y síntomas de conversión (pseudoataques) y además destaca su prevalencia en mujeres "se diagnostica entre tres y nueve veces más en mujeres adultas que en varones adultos. Los individuos con Trastorno de Identidad Disociativo pueden manifestar síntomas prostraumáticos (p. ej., pesadillas, flashbacks y respuestas de sobresalto) o un Trastorno de Estrés Postraumático. Algunos individuos pueden tener un patrón de repetitivo de relaciones que implique abuso físico y

151 Herman, 1981; Levine, 1990; Eyre, 1991.
152 Editora del Journal of Trauma & Dissociation.

sexual. Ciertas identidades pueden tener síntomas de conversión (p. ej. pseudoataques)[153].

De modo que ante esos casos de histeria con cuadros de grave disociación debiéramos estar atentos a los antecedentes, tantas veces ocultos en forma consciente o inconsciente, de abusos sexuales. En principio, invertir un tanto nuestra actitud de desconfianza ante relatos que nos pueden parecer fantasiosos o deshilvanados ante la evidencia clínica y estadística que muestra que este es el curso del abuso en la subjetivad.

## BASES NEUROLÓGICAS DE LA CONVERSIÓN.

Las tecnologías de toma de imágenes neurológicas funcionales, como la tomografía computarizada mediante emisión de fotón único (SPECT) y la tomografía mediante la emisión de positrones (PET) han reintroducido el interés psiquiátrico en las conversiones. En la década pasada se han efectuado diversos estudios de toma de imágenes cerebrales efectuadas en pacientes con parálisis histérica.

En un articulo publicado en la revista *Cognition*[154], John Marshall junto con Peter Halligan, profesor de neuropsicología de la Universidad de Cardiff, en Gales, y colaboradores analizaron la función cerebral de una mujer con hemiplejía derecha, asegurándose que no padecía una lesión orgánica identificable. Cuando la mujer intentaba mover "la pierna paralizada" la corteza motora primaria no se activaba como debía; por el contrario, se le activaba la corteza orbitofrontal derecha y la cingulada anterior derecha, partes del cerebro asociadas con la acción y la emoción. "La paciente deseaba mover la pierna, comenta Halligan, pero ese acto de voluntad activaba áreas del cerebro que anulaban la instrucción de mo-

153 DSM-IV, pp. 484-485
154 Cognition, 1997, 64: B1-B8

ver la pierna". A su vez, Patrick Vuillenmier, neurólogo de la universidad de Ginebra, también basado en estudios de imágenes cerebrales (fMRI, PET, SPECT), muestra una activación aumentada de regiones límbicas -cingulada- y la corteza orbitofrontal en conversiones motoras o sensoriales.

Estos hallazgos contradicen la idea clásica que se excluyen las representaciones sensomotrices de la conciencia. Pareciera que mediadas por una interacción entre redes límbicas y sensomotrices se modularían tales representaciones, como mecanismos primarios de proteccón y alerta, en parte independientes del control consciente puestos en marcha por factores afectivos o de ansiedad[155]. En la actualidad, para los neurocientíficos no existe una división entre el cerebro y la mente. Las técnicas permiten ver las alteraciones de la función cerebral, y eso les permite esbozar un mapa físico de lo que podría estar ocurriendo en la mente de las histéricas actuales. Sigue habiendo muchos interrogantes sin resolver, pero los resultados empiezan a insinuar el modo en que las estructuras emocionales del cerebro pueden modular el funcionamiento de circuitos sensoriales y motores normales.

## CONCLUSIONES.

Cuando en la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se realizaron los cambios en torno a la denominación de histeria este cambio fue celebrado por William Narrow, Director Asociado de la División de Investigación (APA), quien afirmó, "*Histeria para mí siempre fue un término peyorativo, porque se lo vincula con las mujeres. Pienso que es bueno que nos hayamos librado de la palabra*". Afirmación

155 Progress in Brain Research, 2005, Cap 23. S. Laureys Editores

que vuelve a dejar un halo de ambigüedad ya que pareciera que, al no asociarse peyorativamente con mujeres, se trataría de dejar de lado la literatura y comenzar la investigación seria sobre la entidad. No obstante, estos comentarios no son de extrañar ya que en un texto sobre Historia de la Histeria, Diane Chauvelot, en el capítulo Apoteosis de la Histeria, cita a Baudelaire diciendo "*He cultivado mi histeria con gozo y horror*", y a Flaubert: "*Madame Bovary soy yo*" otorgándole a estos escritores el crédito de hacer buenos diagnósticos[156].

Respondiendo a la solicitud que nos hizo llegar Javier Ramos García, e intentando un balance en borrador, podríamos afirmar que nuestro conocimiento de la histeria ha evolucionado en estos últimos años. En primer lugar, al tener en cuenta su alta prevalencia en mujeres, no podemos dejar de contemplar en la estructura del sí mismo el papel crucial que tiene la identidad de género, o sea la feminidad, y su compleja y múltiple interrelación con las otras estructuras de la subjetividad. Desde esta perspectiva, las características enigmáticas o elusivas del cuadro se desdibujan y pueden ser contempladas como una cierta dificultad del clínico o de la teoría para entender las diferencias subjetivas que determinan la feminidad y la masculinidad.

En segundo lugar, investigar la existencia de abusos sexuales en aquellos cuadros en que predominan los mecanismos disociativos y que durante muchos años han sido confundidos con mentalidades fantasiosas y no tenidas en cuenta en investigaciones serias. Fue necesaria la presión social por parte de grupos de mujeres profesionales que impulsaron los estudios sobre casos, que sólo eran interesantes para el cine o la literatura, para detectar la frecuencia del abuso sexual en la infancia y sus consecuencias psicopatológicas en la edad adulta.

---

156 Chauvelot, 2001, pág 149

En tercer lugar, poder tomar contacto con la intensidad del sufrimiento histérico que compromete su cuerpo, a partir de los hallazgos en las imágenes cerebrales de fenómenos conversivos.

Y finalmente una reflexión que se impone: ¿tendríamos que pensar que en la comprensión y teoría sobre la histeria el género del autor está implicado, que existen explicaciones de autores hombres y mujeres que difieren ya que la subjetividad del autor no es ajena al género de su Self? Un comentario de Millon apoyaría esta reflexión "*Como todas las mujeres y la mayoría de los hombres saben, los hombres no entienden a las mujeres. En lugar de seguir tratando de saber, los hombres han creado síndromes diagnósticos de aspectos de la conducta femenina que los dejan particularmente perplejos. Como la historia de la humanidad ha estado dominada por los hombres, no resulta sorprendente que la histeria haya sido desde la más remota antigüedad uno de los primeros desórdenes descritos*".[157]

---

157 Millon, 2004, p. 302.

## BIBLIOGRAFÍA.


- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.
- Balsam, R. (2001). *Integrating male and female elements in a woman's gender identity*. J. Amer. Psychoanal. Assn, 49: 1335-1361.
- Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J. (1997). *Mother-Infant interaction structures and presymbolic self and object representations*. Psychoanalytic Dialogues, 7: 133-182.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Madrid: Paidós.
- Bleichmar, H. (1999). *Fundamentos y aplicaciones del Enfoque Modular- Transformacional. Aperturas Psicoanalíticas. Nº 1* (www.aperturas.org).
- Chauvelot, D. (1995) *Historia de la Histeria. Sexo y Violencia en lo Inconsciente*. Madrid: Alianza, 2001.
- Diamond, N. (1997). *Boys to men. The maturity of masculine gender identity through paternal watchfull protectiveness*. Gender and Psychoanalysis, 2: 443-468.
- Diamond, N. (2004). T*he shaping of masculinity. Revisioning boys turning away from their mothers to construct male gender identity*. Internacional Journal of Pychoanalysis, 85: 359-380.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *El feminismo espontáneo de la Histeria. Trastornos narcisistas de la feminidad.* Madrid: Siglo XXI.
- Dio Bleichmar, E. (1992). *Del sexo al género. Psiquiatría Pública*, Vol. 4, No. 1: 17-31.
- Dio Bleichmar, E. (1992). *What is the role of gender in hysteria?* International Forum of Psychoanalysis, 1: 155-162.
- Dio Bleichmar, E. (1998). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (2008). *Relational gender compensation of the imbalanced self*. Studies in Gender and Sexuality, 9: 258-273.
- Elise, D. (1998). *Gender repertoire: Body, mind and bisexuality*. Psychoanalytic Dialogues 8: 353-371.

- Eyre, D. (1991). *Therapy with a sexually abused woman*. International Journal of Psychoanalysis, 72: 403-415.
- Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. En Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu ,1979.
- Freud, S. (1933). *La feminidad*. En Obras Completas, Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
- Freyd, J. (1998) *Abusos sexuales en la infancia. La lógica del olvido.* Madrid: Ediciones Morata, 2004.
- Gedo, J. (1979) *Beyond Interpretation: Toward a Revised Theory for Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Gedo, J. (1981). *Advances in Clinical Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Glocer Fiorini, L. (2001). *Lo femenino y el pensamiento complejo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Greenberg, L., Paivio, S. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, Paidós.
- Herman, J. (1942). *Father-Daughter Incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kernberg, O. (1967) *Borderline Personality Organization*. Journal of the American Psychoanalytic Association. 15: 641-685.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris: Seuil.
- Laplanche, J. (1970). *Vida y muerte en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
- Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- Levine, H. B. (1990). *Clinical issues in the analysis of adults who were sexually abused as children*. In Analysis and Childhood Sexual Abuse. Ed. H. B. Levine. Hillsdale, NJ. Analytic Press, págs. 197-218.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., Fosshage, J. L. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lyons-Ruth, K. (2008). *La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego desorganizado*. Aperturas Psicoanalíticas, Nº 29 (www.aperturas.org).
- Millon, T. et al. (2004) *Personality Disorders in Modern Life.* New Jersey: John Wiley & sons.
- Marshall, J.; Halligan, P.; Fink, G.; Wade, D.; Frackowiack. (1997). *The functional anatomy of a hysterical paralysis*. Cognition, 64: B1-B8
- Pereña F. y Desviat, M. (1989). *Prólogo a las Lecciones sobre Histeria Traumática.* Jean Martin Charcot. Madrid: Ediciones Nieva.
- Rivière, J. (1929). "*Womanliness as mascarade.*" International Journal of Psychoanalysis 10: 303-313.
- Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, A., Bayón Pérez, C. (2005) *Trauma, disociación y somatización.* Anuario de Psicología Clínica y la Salud, 1: 27-28.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation.* New York: Basic Books.
- Vuilleumier, P. (2005). *Hysterical conversion and brain function. Progress in Brain Research*. S. Laureys Ed. Cap 23 : 309-329.
- Westen, D. (1997). *Toward an empirically and clinically sound theory of motivation*. International Journal of Psychoanalysis 78: 521-548.

*Hasta hace poco los enfermos eran marginados, personas excluidas de la actividad y, a menudo, temidas como infectados. Hoy, por fin, todos somos enfermos desde el momento de nacer y nuestra vida se encuentra de principio a fin en manos del sistema sanitario. Casi dos terceras partes de los pacientes que se presentan en las consultas de los médicos no padecen ninguna enfermedad determinada, pero se sienten enfermos o muy enfermos. [...] La enfermedad se ha introducido en la vida cotidiana como la gran fantasía que explica y justifica cualquier tipo de malestar, social o individual.*

Vicente Verdú. 2003.

# MALESTAR E HISTERIA.

JOSÉ JAIME MELENDO[158]

## INTRODUCCIÓN.

Igual que a la sociología le resulta difícil su tarea cuando considera que ésta trata de objetivar emociones (subjetivas), para referirse a la "Clínica del malestar" es insoslayable dar un tono de subjetividad a lo que es coincidente con una época y cultura determinadas socialmente.

Aún a riesgo, eso seguro, de simplificar lo complejo –a partes iguales por desconocimiento y por incapacidad- intento, en lo que sigue, exponer algunos factores o características de esa subjetividad de los tiempos que vivimos y su consiguiente engarce en la individualidad que se hace presente en la acción diaria.

Desde hace años me acompañan, en distintos periodos de mi quehacer cotidiano, lecturas con las que intento comprender, un poco más allá de la clínica, a mí mismo y a los individuos que me rodean diariamente. En algunos seminarios he compartido mi propia elaboración de esos textos y me he alimentado del consiguiente debate. De todas formas siento que mi información resulta fragmentaria, repetitiva y, en ocasiones, contradictoria. Al llevarla a papel intento dar un tono de orden a esta maraña que no lo tiene.

Por lo pronto, dos frases acuden en mi ayuda, la primera de un autor citado por E. Galende[159], inductor, en una gran parte, del ejercicio de lecturas que circulan en este escrito e importante soporte del mismo, y la

---

158 jmelendo.scsm@salud.madrid.org

159 Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Barcelona: Paidós.

otra de M. Cruz[160] quien, al hilo de lo que expongo después, se me ofreció coincidente con lo tratado.

Ahí va la primera: "para conocer y juzgar una sociedad es preciso llegar hasta su sustancia profunda, el vínculo humano del que está hecha y que depende sin duda de las relaciones jurídicas pero también de las formas del trabajo, de la manera de amar, de vivir y de morir" (M. Merlau-Ponty).

Y la segunda, que la completa en mis intereses: "...sin referencias a las transformaciones que en el imaginario colectivo de las sociedades modernas se han venido produciendo en los últimos años, muy poco de cuanto nos ocurre parece dejarse entender".

Por ello, tendré que hablar de factores como las relaciones humanas (amor por medio), el consumo que nos arrolla, la actividad laboral, los profesionales, la identidad, la sociedad del riesgo, las tecnologías al uso,...Entre líneas se contempla, de forma metafórica, el paralelismo que se da entre el malestar y el estilo de vida que se configura a través de esos elementos en nuestra época.

Continuando con Galende, para comprender el concepto de subjetividad de la época, acude a tres determinantes:

- el que se impone en cada uno de nosotros como filogénesis y que, en su esquema psicoanalítico, ordena o regula el funcionamiento de nuestras organizaciones libidinales, la erogeneidad pero también la reproducción, la cognición,...nuestro "desarrollo" como especie humana.
- la que pertenece a ciertas variantes de nuestra cultura que se manifiesta sobre todo en relación a las funciones del otro en la elaboración de nuestro "psiquismo" (para este autor, el Edipo, la castración, el narcisismo, la represión,...) y la formación de nuestra identidad.
- y por último, aquella temporalidad más dependiente de la época

160 Cruz, M. (2001). *Cuando la realidad rompe a hablar. Conjeturas y cavilaciones de un filósofo*. Barcelona: Gedisa.

ligada a formas sociales y culturales que van desde los modelos de organización familiar, los modos de crianza, los valores morales, los ideales, las formas de sociabilidad,...

Ni que decir tiene que estos tres determinantes están articulados entre sí, que es una manera de dar soporte teórico al tema que tratamos y que, en lo que nos interesa, el segundo pero sobre todo el tercer determinante, es el más llamativo.

Al final, la individualidad – a la postre la subjetividad personalizada- es un proceso que consiste en el largo recorrido desde los universales de la especie y la cultura (determinantes primero y segundo), a través de de mediaciones que introducen las formas sociales (tercer determinante), hasta llegar a lo que soy como ser singularizado.

Un asunto importante a considerar es si nuestra época, con su pérdida de determinaciones históricas (interesa el presente y el futuro por mucho que andemos enredados en la "memoria histórica"), el dominio de la velocidad y la inmediatez (ver la moda), el cambio constante como emblema de nuestra existencia, lo instantáneo como prevalente,...no está adelgazando lo profundo, la memoria,...y nos desplazamos hacia el campo de lo adaptativo, sin anclajes en identidades sostenidas...¿Estaríamos entonces "a merced" de lo que nos "determine" la época? Es como si al no tener raíces que nos den consistencias, la influencia del tercer determinante fuera mayor, primando así en la constitución de nuestra subjetividad[161].

---

161 Cuando estoy releyendo estas líneas, coincido con un texto de Paula Sibila (*La intimidad como espectáculo*, Buenos Aires: FCE, 2008) que resume lo dicho hasta ahora: "Si las subjetividades son formas de ser y estar en el mundo, lejos de toda esencia fija y estable que remita al ser humano como una entidad ahistórica de relieves metafísicos, sus contornos son elásticos y cambian al amparo de las diversas tradiciones culturales...ciertas características biológicas trazan y delimitan el horizonte de posibilidades en la vida de cada individuo, pero es mucho lo que esas fuerzas dejan abierto o indeterminado".

Con independencia de que más abajo me detenga en aspectos relevantes de la época, que inciden en el tema que abordamos, Galende ofrece un retrato robot de la subjetividad actual con una serie de rasgos que paso a enumerar (es inevitable cierta repetición con lo que referiré más tarde):

- Frente a una cultura de la imagen y un desencanto con la política, la "sociedad del espectáculo" favorece una actitud pasiva, con incremento de lo "sensiblero" y una disminución del valor de la palabra y por tanto de la capacidad reflexiva.
- La preocupación por el cuidado del cuerpo, las dietas,...se imbrican fácilmente con una pasión por el propio yo y el aislamiento.
- La implosión de información, el consumo de objetos sin límite, ... hace que nademos en una abundancia empobrecedora por la saturación del yo con tantos estímulos que nos rodean.
- El carácter utilitario, prevalente en esta sociedad, se acompaña de instrumentalización de las relaciones sociales. El mundo está inundando de aparatos a nuestro alcance y su operatividad se extiende a las personas, a las que pretendemos tratar con la misma disponibilidad.
- Lo anterior establece una superficialidad en los afectos con relaciones intensas pero fugaces con cualidades "prácticas" por la ausencia de compromiso, incluso emocional.
- Aunque somos hijos de los seriales radiofónicos, la llegada en fechas relativamente recientes de los personajes televisivos, con una profusión veloz de imágenes, que impresionan de falsedad, propician formas de sensibilidad impostadas.
- El ritmo de vida, de trabajo, de planificación del ocio, del tiempo libre...anticipando con mucho tiempo experiencias futuras...dotan a la subjetividad de una "compulsión a hacer", en una actividad constante y duradera. El cómo se calma esa "ansiedad creada y anticipada" puede

tener relación con posibles conductas adictivas (de consumo, no sólo de fármacos). De paso, conseguimos sensaciones de plenitud.

- Predominio del valor de cambio sobre el de uso. Todo es renovable en plazos inmediatos. Las cosas –y las relaciones- antes de ser presente se han convertido ya en pasado. ¿Dónde hay espacio para el duelo, si no da tiempo a valorar la pérdida?
- El dominio de la tecnología con su profusión de aparatos y la casi imposibilidad de diferenciar lo virtual, lo ficcional...de la realidad. Nos movemos por autopistas, por aeropuertos, sin relacionarnos con nadie, extraemos dinero de los cajeros, obtenemos los billetes de los viajes a través del ordenador...¿Habitamos entonces el espacio público? ¿Modificamos así nuestra relación con los demás?

La insistencia, desde el principio, en la subjetividad de ésta nuestra época, en sus rasgos diferenciados -algunos de ellos expuestos más extensamente luego para dar "contenido" a este artículo- y en la "adaptación", enlaza con la idea, ya expuesta por Feinstein en 1977[162] de que "todas las definiciones de patología, dolencia, mal, malestar, enfermedades o trastorno están cargadas de valores y son circulares". Ello viene a cuenta de ¿cómo establecer de manera radical y objetivamente la distinción entre normalidad y anormalidad? En los tiempos que corren, con la propensión a establecer –seguramente porque así lo determina la clínica (¿) –diagnósticos de Trastornos, que no enfermedades, de la personalidad, pareciera que el campo semiológico, diferenciado antes, y de forma extrema, entre Neurosis y Psicosis, ha perdido su nitidez y ahora – aún conservando la "locura" – nos encontramos entre los Trastornos y los malestares (por el camino de lo adaptativo). La perversión se diluye también.

162 Citado en Millon,Th. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

A partir de ahora, sin un claro orden, expongo algunos de los factores (ya nombrados) cuyo realce en el S. XXI y las postrimerías del XX rondan lo expresivo, lo emocional, lo cotidiano,...y que se acercan por tanto al tema que nos ocupa.

Lo expuesto, como digo, es parcial pero no he querido olvidar al "gremio" de los profesionales que unas veces carceleros, otras reformadores, en el desarrollo de la sociedad que vivimos (y por tanto participantes de su "construcción") siempre hemos sido depositarios de formas de asistencia, tratamientos e instituciones que sostienen a los pacientes.

## ¿Y LAS RELACIONES? (¿Y EL AMOR?). LOS VÍNCULOS.

Vivimos en una época que, entre otros aspectos, difunde una consistencia LÍQUIDA, a decir de Z. Bauman, que se extiende al amor, la vida, el miedo, la época, la modernidad,... Para este autor[163] la fluidez, cualidad de los líquidos (y los gases), se distingue de lo sólido en que, en descanso, "no pueden sostener una fuerza cortante o tangencial y sufren un continuo CAMBIO de forma cuando se les somete a tensión". Esta característica, denominada FLUJO, se opone a la ESTABALIDAD que se expresa en los sólidos y que no es otra que resultado de la "resistencia que ofrecen a la SEPARACIÓN de los átomos".

Esta introducción creo que puede indicar bien, de forma ¿metafórica?, por donde se mueven en la actualidad las relaciones humanas alimentadas también por formas de consumo que no hacen sino fomentarlas (o al menos reproducirlas). En efecto, el modelo de vida consumista nos puede llevar a tratar a los otros como objetos (de consumo) en razón de "la cantidad de placer que pueden llegar a ofrecer". Vicente Verdú[164] alteran-

163 Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
164 Verdú, V. (2008). "Los objetos que nos aman tanto". *El País*, 9/02/08.

do la dirección que va del sujeto a objeto entiende a "los objetos (como aquéllos) que nos aman tanto". Hasta ese extremo lleva su idea, de que nuestras vinculaciones-mejor llamarlas "contacto"- son tan superficiales, tan cortas de duración, que recurrimos a los objetos esperando que ellos, en ese "déficit de compañía personal", aumenten, con su incorporación, nuestro solitario (e individual) narcisismo.[165]

Pero no es el consumo lo único que interactúa con nuestros modos relacionales sino que éstos se ven influidos también por los estilos de vida, que incluyen: cambios en las formas familiares, en la identidad, influencias de las tecnologías, incertidumbres de la sociedad del riesgo, nuevas formas de trabajo,...Todo ello convierte este tema en un galimatías del que sólo pueden observarse los efectos, las consecuencias, pero no el complejo procedimiento en que unos y otros aspectos se imbrican.

Si hubiera una frase que resumiera la complejidad de lo que se plantea, ésta podría ser: uno de los elementos más destacados de la condición humana actual es la angustia ambivalente del querer "vivir juntos y separados". ¿Por ahí podría semejarse el conocido dicho de la gata de la tía Flora...que...grita o...llora? y que un autor -Godino Cabas[166]- refería como un aspecto de la histeria. Claro que el dilema o la dialéctica es... me quedo (conmigo-mi identidad) o... me uno (me pierdo en él) al otro. Esto a la vez que atrae, atemoriza.

Por ello, comentaristas[167] del libro "Amor LÍQUIDO"[168] del citado Bauman se explayan sobre si es mejor, hablar de líquido o de "liquidar" el amor

---

165 Es imposible no pensar (¿y cómo articularlo?) el malestar, en su expresión histérica, con el feroz individualismo, y sus consecuencias, que animan nuestro convivir.
166 Godino Cabas, A. (1977). *Curso y discurso de la obra de Lacan*. Buenos Aires: Helguero.
167 Bauman, Z. *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
168 Verdú, V. (2003). "Líquidos". *El País*, 20/12/03.

como paradigma de la relación afectiva. En efecto, en nuestra contemporaneidad, el compromiso con los demás es avaro, se buscan nuevas oportunidades (como en las rebajas) y se temen los lazos fijos o permanentes. "Frente al ideal de un amor para toda la vida, una vida abierta a todo amor". ¿Cómo conjugar el deseo de no sentirse solo con el miedo a verse enlazado?

La imagen de la cuadratura del círculo sirve para escenificar el actual y cambiante modo de concebir las relaciones afectivas y en su caso, el amor: "...cómo degustar las dulces delicias de las relaciones evitando los bocados más amargos y menos tiernos; cómo lograr que la relación confiera poder sin que la dependencia debilite, que habilite sin condiciones, que nos haga sentirnos plenos sin sobrecargarnos...".

Un modo de aproximarse a la actual relación ("pura" la llama Giddens[169]) es observar cómo se ha ido deslizando la semántica de términos como amor, a querer o gustar o apetecer, deseo a ganas, vínculos a contactos y red...Las palabras con sus significados, atrapan. Y el consumo suministra aditivos a esos significados.

El amor, decía Lucano y luego F. Bacon[170] siglos después, implica ser un rehén del destino. Otros asertos son equivalentes...: el amor es hasta que la muerte nos separe..., es construir puentes hacia la eternidad...es un compromiso sin retorno...Sin embargo, a fecha de hoy, relaciones de una noche se describen con la expresión "hacer el amor". Antes "ligar-vincular" era una opción de una tarde, "enrollarse" es en la actualidad su sinónimo. Casi todo queda para el instante.

Claro que el amor, las relaciones de compromiso, no están hechas para nuestra sociedad consumista, de riesgo y tecnológica.

---

169 Giddens, A. *La transformación de la intimidad, sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas.* Madrid: Cátedra, 1995.
170 Citado en Bauman, Z. *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

El amor supone un acto creativo, una hipoteca a largo plazo donde es incierto el resultado, no está claro su producto final y su recorrido está lleno de riesgos. El futuro –ahora tan inmediato para cualquier cosa- es imposible de prever, prevenir o conjurar, apresurar u detener. La libertad está encarnada en la presencia del otro, ¿hay que temer entonces a la dependencia?..: Claro, que nuestra cultura quiere resultados inmediatos, rápidas soluciones, no esforzarse mucho para conseguir lo buscado...intentando negar que el campo del amor es un camino hacia lo desconocido, un misterio en el que cada ser es la incógnita, la variable, de la ecuación del otro. Parece que el tándem que se ofrece es el dominio o la fusión, o también una sinuosa frontera entre la caricia o la mano que oprime.

¿Y dónde queda el deseo? Seguramente en las ganas de consumir. El otro, puro objeto, presenta su alteridad para ser destruida. El deseo –demasiado término para donde nos movemos- busca la satisfacción, ¿la dicha?, para... luego, eliminar los restos. Pero es que aunque el deseo y el amor tienen objetivos diferentes- el segundo busca la eternidad y el primero urde una estratagema para escapar de ella - el deseo necesita atención, negociación, alguna forma de compromiso, penoso a veces, y desde luego una demora, pero... cuando la relación sigue la senda de las ganas, el producto tiene que ser inmediato, rápidamente descartable. Las tiendas, los grandes centros comerciales persiguen una rápida incitación, pero también una muerte rápida de las ganas: ¿tendrían algún inconveniente en contemplar las relaciones de pareja al uso como algo diferente a esta concepción del consumo? Las tarjetas de crédito sirven para la satisfacción del deseo de forma inmediata, sin demora, ¿y una relación a través de un chat?

La tecnología permite eso: unirse y separarse...apagando el "contacto" a través de un botón (un suave toque). La conexión intenta aprehender (y solucionar) la difícil dialéctica del vínculo. No es baladí que el cara a cara sea

sustituido por un frenético intercambio de mensajes donde cabe todo, desde una cita amorosa a una lista de libros, lo importante es estar conectado.

No es notable tanto hablar de parejas como de redes, que incluyen conexiones. Aunque sean frágiles, inestables, su cantidad, excesiva, es indestructible. El cara a cara referido no importa frente a la "proximidad (¿distancia?) virtual". Estas conexiones son tan superficiales e instantáneas que difícilmente se transforman en verdaderos vínculos y sobre todo te protegen de un compromiso que vaya más allá del último mensaje.

El verdadero logro de esta proximidad virtual es que ha establecido una diferencia clara entre relación y comunicación (o a lo más, información, casi nunca conocimiento y las más, ruido).

Desde luego no sería adecuado responsabilizar a los móviles y al ordenador del lento retroceso de la proximidad personal pero, ¿han echado un ojo al paisaje urbano?: los artefactos electrónicos pueblan nuestras vidas y las acercan a una soledad compartida, cada uno en su bunker, personalizado-eso sí-. Lo que no es contradictorio con una sociedad que, por razones más complejas, se caracteriza por su individualismo feroz....aunque frágil.

El resumen, aunque la pureza en este terreno, es un imposible, es la "relación pura" que Giddens definió en los inicios de los 90 y que, para él, es la forma predominante de la unión humana, que se establece por lo que cada persona puede obtener y "es continuada sólo mientras ambas partes piensen que produce satisfacción suficiente para que cada individuo permanezca en ella"; ¡Qué imagen de dos actores-consumidores compitiendo! (¿Es esto congruente con un modo de tratar a los demás seres humanos como objetos? ¿Lo solitario es solidario?).

Por lo visto, casi "mil millones de personas en el mundo se relacionan sentimentalmente, amorosamente, a través de Internet"[171]. A pesar del

171 Verdú, V. (2006). "Los vistosos enredos del ligue en la red". *El País,* 17/03/06.

hiperindividualismo, o quizás por el cansancio del mismo, la gente demanda contacto aunque el tejido que se crea no muestre la proximidad de siempre (hasta ahora). Es la diferencia entre "amarse a granel" o "amarse al detalle"[172].

## EL TRABAJO, LOS MALESTARES Y EL DRAMA.

Aunque un texto de Verdú[173] -Enfermos y felices – nos introduce en una cierta perversión ocurrida en el mundo laboral, en el que "la farmacia está poblada de remedios y los laboratorios se han convertido en los grandes pacificadores sociales de nuestros días..." ya que "...cuando el trabajador se ve sometido a un gran estrés laboral ("explotación" antes), no se alista en un comité antisistema, toma ansiolíticos", el citado mundo laboral, en los últimos años del siglo pasado y en el inicio del actual, ha sufrido cambios que nos acercan (creo que éste también) al campo del "enfermar" en el tema que tratamos.

Querría detenerme en dos supuestos, referidos por otros tantos autores: Sennett con un título largo[174] *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo,* título explícito donde los haya y Rifkin[175], (*La era del acceso. La revolución de la nueva economía*) que con otro (título), aparentemente más lejano, también proporciona claves, en este caso con lo que denomina la perspectiva dramatúrgica en el entorno laboral.

---

172 Verdú, V (2007). "La pareja represora". *El País*, 24/11/07.
173 Verdú, V. (2003). *El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción*. Barcelona: Anagrama.
174 Sennett, R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo.* Barcelona: Anagrama, 2000.
175 Rifkin, J. *La era del acceso. La revolución de la nueva economía*. Barcelona: Paidós, 2000.

Para Sennett, las nuevas formas de trabajo en los últimos años se condensan en un concepto, "flexibilidad" (desde otra mirada quizás más ético-política podría llamarse "fragilidad"). Dicho concepto se refiere a la necesidad, que ha de cubrir el trabajador, de que en un mundo que tiene al "cambio" como motor principal de su actividad laboral y al "riesgo" como su seguro acompañante, se "adapte" y su comportamiento sea "ágil". En unos tiempos no tan lejanos, y por supuesto por otras razones añadidas (familiares, "enchufe",...) un "botones" podría llegar a Director General de un Banco (esto es una cierta exageración)... y lo importante era la "perseverancia, el compromiso..." con la empresa. De ahí que la palabra "carrera" era de uso común. Este vocablo que, en su origen en inglés, significaba camino para carruajes, se aplicó luego al trabajo con el sentido del canal por donde se deslizaban las actividades profesionales de toda una vida. A su vez, otra palabra, job (trabajo, empleo) en el siglo XIV, en Inglaterra, designaba un fragmento de algo que podía acarrearse. En nuestra época, en tanto "carrera" ya no se usa (¿alguien pregunta o habla por/de la "carrera" que está estudiando?) el nuevo término citado más arriba, flexibilidad, se acoge al antiguo sentido pues la gente puede hablar, a lo largo de su vida, de "fragmentos" de trabajo.

Aunque en Europa quizás las cosas no sean tan así, en EE.UU según refiere Verdú[176], un joven que haya estado 2 o más años en la Universidad, es posible que cambie de trabajo al menos 11 veces en su vida y que su cualificación se transforme al menos otras tres veces en los que se suponen (si la jubilación no se retrasa, que todo se andará) sus 40 años de actividad laboral.

Si lo anterior es así, y contemplamos el paisaje más cercano para cerciorarnos (los médicos seguimos siendo médicos toda la vida) ¿Por dónde

176 Verdú, V. "Irse del trabajo". *El País,* 24/02/00.

queda la "identidad" profesional, y por tanto, la personal, sin una memoria de estabilidad a la que referirse? ¿En qué ámbito de posibles identificaciones laborales se puede mover el trabajador sometido a los vaivenes de los cambios? ¿Qué compromiso, lealtad, adhesión, ...podrá tener? ¿Cuál será el surtido de tareas distintas que tendrá que desarrollar?...Seguramente la adaptación familiar, en horario, a las condiciones laborales suena a tapadera cuando nos interrogamos sobre lo anterior. No es que el funcionario (de "carrera") en su peyorativo sentido sea un emblema a seguir, pero esto tampoco. Así, dice Ramos[177]..."esas víctimas, esos deshechos del riesgo y la flexibilidad, deambulan por el mundo como sujetos huecos, sin raíces, sin carácter, incapaces de reconducir a una historia, que se desarrolle y tense hacia el futuro, lo que son migajas mínimas de experiencia desvalida".

Quizás esos malestares que acechan al trabajador en forma de ansiedad depresiva –como síntoma- sean formas de rebelarse, en algún sentido, de la "depresión de identidad que están sufriendo".

Antes de recordar al segundo autor (Rifkin) nombrado, sobrevolamos a Bauman que casi, de pasada, resume lo dicho: "la carrera laboral marcaba el itinerario de la vida y retrospectivamente, ofrecía el testimonio más importante del éxito o fracaso de una persona. Esta carrera era la principal fuente de confianza o inseguridad, de satisfacción personal o de autorreproche, de orgullo o de vergüenza" y Béjar[178] remacha "...el trabajo era fuente de integración e iba de consuno con la seguridad personal que proveía la institución de la familia" (¡menudo tema éste!).

Si el tufo que se desprende de los matices que las formas de consumo y el trabajo,... pueden acarrear sobre la identidad, no augura nada bueno, Rifkin se encarga de señalarlo explícitamente. Aunque no queda claro

177 Ramos, R. (2000). "Derechos de un mundo flexible". *Revista de libros nº 47.*
178 Béjar, H. (2007). *Identidades inciertas: Zygmunt Bauman*". Barcelona: Herder.

del todo lo que significa acceso para él (en castellano remite a la acción de acercarse o llegar y también a entrada al trato o comunicación con alguien), propone este autor que habitamos un mundo de redes donde conectarse es lo importante y en el que la vida resulta cada vez más mercantilizada (incluida la cultura), desapareciendo así las diferencias entre comunicación, comunión y comercio.

Rifkin llama la atención sobre un aspecto: la importancia del tiempo (que no el espacio, sin fronteras en un mundo globalizado) en la generación de nuestro yo, envuelto en redes, siempre cambiantes, de relaciones personales y actividades. Advierte del posible cambio en el desarrollo cognitivo que puede producirse en los más jóvenes (generación punto-com) que han crecido delante de la pantalla del ordenador. Habla entonces del síndrome de "personalidad múltiple", estructuras –según él- de conciencia fragmentada en cortos periodos de tiempos, fragmentos que se utilizan para manejar el mundo virtual en determinados momentos.

Kennet Gergen[179] ("El Yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo") explica lo que puede ocurrir en el Yo en este mundo de conexiones (el "pienso, luego existo" se sustituye por una nueva máxima: "Estoy conectado, luego existo"). Con tantas (conexiones) como existen "el Yo se corresponde con una mutiplicidad de relaciones incoherentes...(que) nos empujan en mil direcciones, invitándonos a interpretar tal variedad de papeles que... un yo completamente saturado deja de ser un yo".

Pero si estas consideraciones rozan la psicopatología como estilo de vida, no lo son menos sus ideas acerca del modelo o perspectiva "dramatúrgica" aplicado al comportamiento humano y a la empresa (no está hablando de la sociedad del espectáculo). Llega a afirmar que "la economía se está transformando de fábrica gigantesca en gran teatro". Los trabaja-

179 Gergen, K. *El Yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós, 2006.

dores son convertidos en actores o "intérpretes". Ya lo dice V. Verdú[180]: "no todos los trabajadores actuales son actores pero el modelo al que tiende el sistema es la ficción y la condición del trabajador se perfila como la de un personaje encuadrado dentro del mundo general de la escena".

Por supuesto estos conceptos dramáticos tienen su basamento fundamentalmente en autores conocidos como Goffman (el de *Internados*[181]) que se refirió a este supuesto nuevo paradigma conductual, en su obra *La presentación de la persona en la vida cotidiana*[182]. Otros autores posteriores, siguiendo su estela lo aplican al análisis de numerosas situaciones sociales y roles profesionales sobre todo en "lo público".

¿No podemos decir que, al menos como metáfora, los "comediantes", el "teatro", el "escenario" y términos semejantes, con lo que implican en su "normalidad", están cerca del tema tratado? Pero lo más llamativo es cuando el citado Rifkin se refiere a un artículo del *Lancet* (vol. 334, nº 8.925, septiembre, 1994, pag 801), en el que dos médicos (no sé si psiquiatras) proponen que tomemos clases de interpretación para así dar mejor respuesta a las necesidades emocionales de los pacientes. Al parecer tal propuesta, polémica como no podía ser de otra manera, ya se lleva a cabo en otros campos (Kellog Graduate School of Management, de la Universidad Northwstern, y la Columbia Business School).

## LO PRIVADO, LO PÚBLICO Y LAS EMOCIONES.

A lo largo del año pasado, entre los meses de enero y junio, han ido apareciendo en el diario *El País*, una serie de artículos que en su mismo título

180 Verdú, V. (2001). "El trabajador actor". *El País*, 8/06/01.
181 Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
182 Goffman, E.- *La presentación de la persona en la vida cotidiana.* Madrid: H.F. Martínez de Murguía, 1987.

recogen términos (...la cultura del cariño...egotización...) que ilustran los aspectos psicológicos que describen, aunque enraizados en concepciones políticas y descripciones sociológicas. Pero, todos, de alguna forma se refieren a nuestra época, al tratamiento que se da a las emociones, al individualismo rampante...

Comenta Innerarity[183], en el primero de ellos, la transformación que en nuestros tiempos está sufriendo el esquema de articulación entre la esfera de lo privado y el espacio de lo público. Para él (ya escribió un volumen sobre *El nuevo Espacio Público*[184]) se está produciendo una verdadera privatización del espacio público. Este "escenario" es inundado por lo privado – véase Zarkozy y su vida privada; los personajes célebres nos dan a conocer su cotidianeidad; la gente corriente se confiesa públicamente (vaya un oxímoron) en los "escenarios" televisivos...-. La privatización, quizás en estrecha relación con la pobreza del discurso político y su vaciamiento en el dominio público de los ciudadanos, se extiende a este ámbito (la política) y se acaba votando no por los programas (que pocos los escuchan, algunos menos los leen y los más los "ven") sino por los "atributos personales (el estilo, el talante, la simpatía...) de los candidatos. El optimismo, su indignación, el pesimismo...de nuestros representantes tienen más valor que su talla política.

De otra parte, el otro aspecto que señala este autor es la politización de lo privado: "Los grandes problemas públicos son actualmente problemas vinculados a la vida privada". El género, la condición sexual, las creencias religiosas... que eran objetos del terreno privado (o incluso íntimo) campean por el espacio público. Aspectos privados –dice también V. Verdú[185]–personales, ocupan el lugar de los grandes temas; así el chat

183 Innenarity, D. "La privatización de la vida pública". *El País*, 28/01/08.
184 Innenarity, D. *El nuevo Espacio Público*. Madrid: Espasa Calpe, 2006.
185 Verdú, V. (2008). "Hegemonía de la política doméstica". *El País*, 1/03/08.

sustituye al discurso, la cesta de la compra al PIB, mi salud al debate sobre la sanidad.

Creo que esto tiene al menos dos concordancias con lo que tratamos. De un lado, al confundirse los espacios privado y público, confundo lo que es de rango personal –mis gustos, mis preferencias, mis deseos,...- con lo colectivo, campo de lo legal y el derecho. No es extraño por esto que desde la consulta sintamos que los pacientes pidan que seamos "concesionarios" (antes confesionarios) de autoestima, que les demos recetas de felicidad,...y que sean tributarios de supuestos derechos, que exigen, pero no, a veces, de la mínima consideración sobre sus deberes que, en ocasiones, hay que recordarles.

Pero es que esa confusión de espacios va de la mano, como señala Innerarity, de la extroversión de las emociones, de la publicitación de los líos amorosos, de los programas de TV que inundan nuestras siestas,... y, que, a decir de este autor, se constituyen a partir de la "extroversión (público) histérica de la intimidad". ¿Es esto algo metafórico o clínico? (Habría que hacer un estudio, seguro que lo hay, de Histeria y medios/programa de tele-basura).

Pero esa necesidad de lo emotivo, de ser reconocidos (que no sólo respetados) es lo que lleva a otro escritor, Manuel Cruz[186], a crear un neologismo: "admimados", cuando refiriéndose al mundo del autor –pero también a otros ámbitos y con otros términos sentimentales o afectivos- señala que, estos autores, lo que demandan en su celebridad, no es ser admirados sino tratados con cariño ("la cultura del cariño", señala él).

Estas expresiones emotivas llegan al límite, hasta hacerse "natural" (¿podría decirse normal?) lo que antes podría ser considerado "manipulación emocional" o "pornografía sentimental". Aquello que no hace tanto se mantenía

186 Cruz, M. (2008). "Admimados". *El País,* 29/01/08.

en la esfera privada – el llanto, las lágrimas- se convierten en "espectáculo" banalizado en concursos televisivos como "Pekín-Express" (de Cuatro)[187]. Se pierden, una vez más, las fronteras entre lo auténtico, lo verdadero, lo público, ¿la tele-realidad?[188]... ¿Tiene esto influencia en el imaginario colectivo? ¿Es esto peligroso? ¿Es entonces, la TV ventana al mundo o lugar de proyección de los sujetos? La televisión se constituye, entonces entre una división: la tarea de informar y el deseo de espectáculo de la gente.

Estos datos, aspectos, inconexos claramente, pretenden señalar, junto con los "sesudos" temas que los sostienen: lo público, la política, lo privado..., la influencias de la Tele (pero también de los libros de autoayuda) como vehículo en los ciudadanos (espectadores/audiencia) en el imaginario colectivo, de formas de sentir sobre el pensar, de lo emotivo sobre lo reflexivo. Julia Kristeva lo expone en *Las nuevas enfermedades del alma*[189] cuando indica que la vida interior se reduce y que "los hombres y las mujeres de hoy prescinden de la representación de su experiencia que llamamos vida psíquica". V. Verdú[190], señala el triunfo de la MEDIOcracia, refiere que la Tele "se ha emocionado" y que la trivialidad es su máxima golosina. Fruto de estos modos televisivos (hay otros más normales), "la convicción se debilita confortablemente..., la inteligencia se tuerce..., el sentido de la crítica pierde prestigio..." ante "...el impagable regalo del sinsentido...la mitología de lo más banal...y la degustación de lo que no importa nada de nada...".

Y lo emocional (expresivo) ¿con qué conecta y se complejiza –hipotéticamente- en nuestra época? Desde luego, lo privado, lo íntimo, es lo más guardado de nuestra identidad, el lugar en el que estamos y somos.

---

187 Pamiés, S. (2008). "El espectáculo de las lagrimas". *La Vanguardia,* 19/11/08.
188 Imbert, G. (2008). "Bienvenidos al desierto de lo hiperreal". *El País,* 1/11/08.
189 Kristeva, J. *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra, 1995.
190 Verdú, V. (2002). "Éxito de lo banal". *El País*, 2/05/02.

No me gusta ser apocalíptico. Pero al igual que en la antesala de la consulta, muchas veces, los pacientes parecen andar "compitiendo" por el "tamaño" de su enfermar, la Ex-timidad[191] campea por sus respetos y ello no es sino un signo más de "lo expresivo" de nuestra época, de lo obsceno de la misma, en el que morirse en directo por la TV puede ser el paradigma de este término (¿creado por Lacan?[192]) ya recogido en las "confesiones" a través de Internet y que ¿hará desaparecer el "alma" al que aludía antes J. Kristeva?.

## ¿Y LOS PROFESIONALES?

Se podría decir que:

- Ayudaron-¿promovieron?- la llamada "cultura emocional".
- Pero...también protestan[193], se muestran insatisfechos por hacerse cargo de una clínica -la del malestar- que roza (¿y que se propicia por?) especiales condiciones laborales, empresariales, familiares,...que más parecen sociales en su origen, que verdadera clínica sindrómica.

Un apunte-extenso en la autora, Eva Yllouz[194] permite determinar ese concepto ("*cultura emocional*"). Para ella, éste es el transfondo de una cultura del capitalismo postindustrial en la que priman las prácticas y los discursos emocionales e interpersonales. Esta vida emocional estaba estrechamente unida a las condiciones laborales: fueron los tiempos en que la

191 Sibilia, P. *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: FCE, 2008.
192 Errasti, J. (2009). "Vivencia pública". *El País*, 22/02/09.
193 Segura, A., Martín Zurro. (2008). "La insatisfacción de la atención primaria". *El País*, 13/05/08.
194 Yllouz, E. *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo.* Buenos Aires: Katz Editores, 2007.

administración de las empresas, para su mejor producción, se tiñeron de las experiencias de Elton Mayo, en EE.UU., en la General Eléctrica. Éste, prestó especial atención a las transacciones emocionales entre los trabajadores con los jefes, afirmando que "la productividad aumentaba si las relaciones laborales tenían en cuenta los sentimientos de los trabajadores". Así mismo, estableció un método de entrevista con los trabajadores que, con "escucha activa" reunía todas las características ("salvo el nombre") de una entrevista terapéutica. Incorporó al trabajo la importancia de las emociones (el trabajo en esa empresa era desempeñado por mujeres), la familia y los vínculos. Con ello "...estableció una continuidad discursiva entre la familia y el lugar de trabajo, y llevó el imaginario psicoanalítico al centro mismo del lenguaje de la eficiencia económica".

Posiblemente esto no habría tenido lugar sin la confluencia de otros factores, entre los que conviene destacar- sin ser el único- el "desembarco" de las teorías psicoanalíticas en EE.UU., de la mano de S. Freud y sus conferencias, en 1.909, en la Universidad Clark. Fue el germen de un "estilo terapéutico" donde relumbraban las emociones, un lenguaje para ellas y unas técnicas determinadas con una ¿nueva? forma de pensar la relación del Yo con los otros y con el pasado en las relaciones familiares y en la vida cotidiana.

A ello, como otro factor de difusión de la cultura emocional, se añadió la importancia de la literatura de auto-ayuda (una reciente encuesta Gallup muestra que uno de cada tres estadounidenses- en la segunda mitad del siglo pasado- compró un libro de auto-ayuda, siendo más propensas a ello las mujeres) cuya extensión se extremó con la llegada del libro de bolsillo. Para P. Bordieu los autores de estos libros son "intermediarios culturales". Se viene así a crear un lenguaje psicológico para explicar la vida y por tanto una narrativa terapéutica.

Sin olvidar la importancia del feminismo como institución relevante, y así llegamos al meollo de la cuestión, vemos que la Psicología- con variacio-

nes, se incluiría la Psiquiatría con otros determinantes-cobró una relevancia sin comparación: los psicólogos que habían desarrollado una labor en todos los ámbitos – desde la empresa, pasando por la vida militar, la educación, ...- conscientes de su poder, proclamaron su voluntad de ser guía de las personas, en un sinfín de problemas de la vida, como "curadores de la psiquis". Todo esto tuvo su correlato en la aprobación en 1946 de la Ley Nacional de Salud Mental que ampliaba el campo de acción de los psicólogos a los "ciudadanos comunes". Posteriormente entre 1950, 1960, una psiquiatría y psicología orientada a la comunidad "marcó un cambio en la identidad social de los grupos que consumían sus servicios". La psicología se ofreció "a la población de clase media "normalmente" neurótica". "La gente común... que luchaba con el problema habitual de tener una buena vida se incorporó cada vez más a la esfera de acción de los psicólogos".

Otras teorías psicológicas, en la década de 60, vinieron a apuntalar esa semejanza, que se iba vislumbrando ya en el psicoanálisis, entre la vida psíquica anormal y la normalidad. Dos autores, Carl Rogers y Abraham Maslow, influyeron en la cultura popular. Sus ideas sobre la tendencia al crecimiento personal y la necesidad de autorrealización, fueron esta vez marcando la idea de "una nueva categoría de personas: aquéllos que no obedecían a los ideales psicológicos (de autorrealización) ahora eran enfermos". Si bien no se aclararon específicamente esos ideales de completud, ni su diferencia con los incompletos, se establecieron dos categorías de personas: las auto-rrealizadas (sanas) y las que luchaban con problemas (enfermas). El mercado de la atención psicológica se ampliaba sin límites. De ahí a democratizar el sufrimiento sólo hay un paso.

Gandhi[195] decía que "ningún derecho que no conlleve un deber merece que se luche por defenderlo". La idea de Eva Yllouz es que estamos su-

195 Ver la recopilación de Francisco López-Seivane *Perlas de sabiduría* (Madrid: Anaya, 2008).

mergidos en una cultura cubierta por el concepto de derechos donde los individuos –y los grupos- exigen ser reconocidos y que las instituciones admitan y remedien su sufrimiento. Difícil salida se ve en el horizonte.

Elvira Lindo en El País, en una de sus columnas[196] terminaba anunciando el futuro..."plagado de terapeutas y psicólogos que medican a los nietos –se refería a los de inmigrantes estadounidenses- por sus nuevos y grandes traumas, a saber: el divorcio de sus padres o la muerte de su perro. ¡Ay, el dolor, en qué poca cosa lo hemos convertido!"

Me parece que lo anterior es transportable a nuestro medio lo que no impide lo contrario: frente a la banalización de la enfermedad, deslizada hacia aspectos cotidianos del vivir, también se mal-trata al verdadero dolor profundo: es verdad que la medicación se convierte en un objeto de consumo disponible para antes de que hayamos constatado el "achaque[197]" pero a la vez también los psiquiatras miramos a los pacientes como sujetos de un desarreglo químico en vez de acarreadores de tragedias anímicas... es como si, olvidando el paisaje interior, ya no contara la intimidad[198].

Por ello, no es de extrañar que se levanten voces que, desde la propia medicina de todos los días, la Atención Primaria[199], reclamen- ¿pero cómo se hace eso?-"actividades preventivas destinadas a modificar los estilos de vida de las personas mediante intervenciones políticas y sociales puesto que las conductas...dependen de las condiciones de vida, de cómo y dónde se trabaja y se vende, de dónde se come, etc..."

En cualquier caso, el círculo se cierra: la sociedad determina, las personas la padecen y los profesionales sostienen o/y responden a una y otras.

---

196 Lindo, E. (2005). "El dolor". *El País*, 1/06/05.
197 Verdú, V. (2002). "Enfermos". *El País*, 4/05/02.
198 Verdú, V. (2000). "La química". *El País*, 20/05/00.
199 Citado en Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Barcelona: Paidós.

*Histeria. Es una neurosis, que encierra al histérico en la apariencia que quiere adoptar: habita como prisionero en la superficie de sí. El útero, a pesar de la etimología, no tiene nada que ver. Hay hombres histéricos, y algunos psiquiatras me dicen que cada vez hay más. Pues la noción pertenece a la psicopatología, no a la psicología. Y depende de la evolución de la sociedad, con toda verosimilitud, casi tanto como las historias individuales. Las grandes crisis de histeria, como las describía Charcot, se han vuelto raras (sin embargo, tuve la oportunidad de presenciar una). La razón estriba, quizás, en que nuestra sociedad, donde todo es espectáculo, ya no tiene necesidad de tales desenfrenos: la histeria se ha banalizado al propagarse. Sociedad del espectáculo: histerización de la sociedad. Ya no hay necesidad de frecuentar los hospitales. La calle y la televisión son suficientes.*

*Freud veía en la histeria un efecto de la represión. Desde un punto de vista filosófico, yo vería en ella más bien, pero no es contradictorio, una incapacidad para soportar la verdad, una huida en la apariencia, un encierro en el simulacro. Es una enfermedad de la mentira, pero, ante todo, consigo mismo. El histérico es un simulador sincero, como un actor de teatro que se creyera su personaje. Quiere dar el pego, y lo consigue, efectivamente, hasta llegárselo a creer él mismo. Quiere seducir, y lo consigue a menudo. Pero eso sólo lo distancia un poco más de lo real, lo encierra más en la simulación, en lo artificioso y en la superficialidad. Hiperexpresividad, pero en el vacío; emotividad a flor de piel, pero sin carne o sin corazón. Volubilidad, sugestionabilidad, mitomanía. Mucho encanto hacia afuera, mucho vació por dentro. El histérico aparenta demasiado, pero es para enmascarar (y enmascararse) una carencia de ser. Atractivo superficial, ausencia de profundidad. Multiplicación de signos, fuga del sentido. Somatización, teatralización, donjuanismo. Necesidad loca de seducir, incapacidad de amar y de gozar. Es como un narcisismo extrovertido, que no podría amarse sino a través de la mirada del otro. Con la edad, eso se vuelve cada vez más difícil: amenaza la depresión o la hipocondría. Tristeza del actor cuando el público le abandona.*

André Comte-Sponville. 2001.