

Apuntes sobre la Histeria

Notes on Hysteria

Matías Marchant¹

Resumen

El presente trabajo tiene como objeto problematizar y comentar algunos de los aspectos más sobresalientes del concepto de histeria. Para ello se realizará una breve revisión histórica de la aparición del concepto y se comentarán las primeras aproximaciones del psicoanálisis, fundamentalmente, en la obra de Freud.

En un segundo momento, se realizará una revisión de algunos de los problemas más importantes que surgen en el trabajo terapéutico con la histeria. Esto se realiza a partir de los aportes que Lacan realizó a la escuela francesa de psicoanálisis. Bajo esta perspectiva se mencionan cuatro tipos de dificultades que se producen en el trabajo clínico con la histeria y que se relacionan con cuatro conceptos propios de la teoría psicoanalítica: contratransferencia, transferencia, resistencia y sexualidad.

Palabras claves: *Histeria, transferencia, contratransferencia, resistencia, sexualidad.*

Abstract

The aim of this paper was to reflect and comment on some of the most relevant aspects of the concept of hysteria. In order to do this, a brief historical review of the first appearance of the concept was performed. A discussion of the first approaches of psychoanalysis, especially Freud's work follows..

Next comes a review of some of the most crucial aspects that arise in the therapeutic work with hysteria. This is done using the contributions Lacan made to the French psychoanalytic school. Under this view, four kinds of difficulties that one can find in the clinical work with hysteria are mentioned. These four difficulties are related to four concepts within the psychoanalytic theory: countertransference, transference, resistance and sexuality.

Key words: *Hysteria, transference, countertransference, resistance and sexuality. are mentioned*

Introducción

Toda persona que se interese por el psicoanálisis deberá abordar y trabajar –a su debido momento– el tema de la histeria. Concepto anacrónico para la psiquiatría y la psicología llamada “moderna”, nosología estallada en múltiples males: depresión, estrés, angustia, conversión, trastornos somatomorfos, trastornos alimenticios, etc.

Ya no se reconoce en todos estos cuadros una unidad posible, son más bien conjuntos sintomáticos diversos para los cuales existe una medicamentación relativamente precisa según el síntoma predominante.

El concepto de histeria ha caído en descrédito por los manuales actuales, no se lo tiene como una categoría diagnóstica con la fuerza que tenía hasta fines de los ochentas, esto resalta –a mi modo de ver– el valor de la histeria en cuanto a que sus manifestaciones muestran un dinamismo, una movilidad asombrosa, adquiere diversas formas, nuevos rostros, como una estructura en constante cambio que no se deja apresar por un saber establecido. Pero la histeria debe considerarse, a la luz de la clínica, como un discurso que permanece como telón de fondo a todas estas manifestaciones del cuerpo y veremos que ella genera manifestaciones diversas en continuo conflicto con el saber médico. Más allá de su variabilidad lo que propongo examinar son las constantes que permanecen en el tiempo y que tienen su influencia fundamental en el plano de la terapéutica.

Si hay algo que puede definir la histeria es la falta de especificación y de una determinación precisa a nivel de los síntomas. Pero la histeria tiene una larga historia, se pueden encontrar rastros de ella en civilizaciones pasadas y es casi tan antigua como la aparición de los primeros tratados de medicina. Y no vemos justificado por tanto su decreto de abolición por los D.S.Ms.²

Breve historia del concepto

En la historia de las enfermedades mentales la histeria es uno de los diagnósticos más antiguos, su concepción imprimió su sello en casi toda las concepciones modernas de dicha enfermedad.

Por ejemplo, dentro de los registros de la civilización Egipcia se encuentran algunos papiros que se ocupan de los problemas de medicina de esa época, entre ellos se describen una serie de signos inespecíficos que aluden a lo siguiente: sensación de nudo en la garganta, problemas a la vista, dolores musculares, opresión sobre los ojos, personas que permanecen todo el día en la cama sin poder levantarse, etc. Y a pesar de presentarse un cuadro tan extraño, tan indiferenciado los médicos de esa época ya veían en ellos una unidad posible.

Todos estos síntomas eran atribuidos a un problema de la matriz o útero, y específicamente al desplazamiento de ellos. Se adopta como hipótesis la idea de útero móvil o migrador fuente, en este viaje, de numerosos trastornos.

Consecuente con la etiología de la histeria se recomendaba como tratamiento la elaboración de ungüentos y mezclas especialmente desagradables para aplicar en las zonas afectadas, de tal modo que el útero retomara su lugar en vista de lo molesto y repugnante de la aplicación. Del mismo modo se recomendaba la inhalación de olores especialmente desagradables que llevaran a que el útero se fuera del lugar afectado. Estos tratamientos no son en extremo ajeno a nuestros tiempos pues aún los encontramos en la farmacología de los comienzos del siglo XX. (Veith, 1973; Kraepelin, 1997)

En la cultura griega se retoman algunas ideas de la cultura egipcia, se encuentran ideas similares respecto a la etiología y el tratamiento, en ella nace la palabra histeria derivada de la palabra griega utilizada para designar al útero. La concepción de la etiología consideraba que esta enfermedad se

² En relación a este aspecto, se puede observar que en la actual clasificación de los trastornos mentales del D.S.M. no existe una categoría unitaria llamada “histeria” o “neurosis histérica”, su supresión fue dándose poco a poco junto con el término neurosis (Pichot, 1996). En el D.S.M-III-R alcanzamos a observar la última vez en que aparecen los términos “neurosis histérica”, y “personalidad histérica” en su índice diagnóstico, ya en el D.S.M.-IV ni siquiera aparece en este apartado. Sin embargo, se puede reconocer la presencia de cuadros fragmentarios que anteriormente no se hubiera vacilado en llamar histeria, por ejemplo, todo el grupo de los trastornos disociativos, el trastorno de conversión, trastorno histriónico de la personalidad. Lo que quisiera resaltar aquí es que esta clasificación no supone una unidad en todos esos síntomas, unidad que anteriormente daba el concepto de histeria. Para un análisis más detallado ver Thibaut e Hidalgo 1996, Melman 1984, Israël 1979, 1989, Kaufmann, 1996

daba principalmente en mujeres que no habían tenido relaciones sexuales y que debido a ello se podría producir un resecamiento en la matriz, por lo que su movimiento buscaría recobrar la humedad perdida en la cavidad abdominal o en la garganta (el globo hístico o la sensación de nudo en la garganta, por ejemplo) lugares donde encontraría dicha humedad. En cuanto a las curas establecidas prevalecía el mismo principio, es decir la aplicación de sustancias desagradables con el fin de hacer al útero retomar su lugar. Sin embargo, se hacía una distinción en el tratamiento de acuerdo a la edad de la paciente y si eran vírgenes, casadas o viudas. En el caso de las mujeres solteras se recomendaba como medio más eficaz la consecución pronta de un marido... No se puede desconocer que la psicología popular conserva estas ideas en la actualidad.

De este brevísimo paso por la historia de la histeria se puede destacar el hecho que el establecimiento de la hipótesis del útero móvil no corresponderá al mero azar producto del desconocimiento casi total de la anatomía humana sino que rescatamos que esta concepción supone desde un principio una *etiología eminentemente sexual* de dicho cuadro.

Sería extremadamente interesante hacer una cronología detallada de la historia de esta enfermedad y ver de qué manera los métodos y las concepciones primeras han marcado la conceptualización y el tratamiento de la histeria, para aquel que se interese puedo recomendar un interesante libro de Ilza Veith titulado "Historia de la histeria" (Veith, 1973).

La histeria en Freud

El Psicoanálisis y por sobre todo el inconsciente debe gran parte de su nacimiento a la histeria. Se podría decir que es la histeria que enseña a Freud sobre el aparato mental y constituye el inicio revolucionario de una nueva teoría y de una nueva práctica de las enfermedades mentales; será el origen del Psicoanálisis.

El mérito de Freud consiste en una nueva escuela de la neurosis y de los trastornos mentales en general. En el libro "Estudios sobre la histeria"

(Freud y Breuer, 1995) realizado conjuntamente con Breuer se da un paso absolutamente original a la escucha de esta enfermedad. Freud, retomando la historia de la histeria da una unidad posible a aquellos síntomas tan diversos y variados de su experiencia clínica.

Anestesia sensoriales, contracturas, parálisis, convulsiones epileptoides, tics, vómitos permanentes, anorexia, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales recurrentes, etc. toda esta gama de síntomas que no poseen un correlato, ni una fuente orgánica son anudados por Freud bajo la teoría traumática de los síntomas y posteriormente con el mecanismo de la represión. Freud plantea ya en 1893 lo siguiente: "nuestras experiencias nos han mostrado que *los síntomas más diferentes, tenidos por operaciones espontáneas, por así decir idiopáticas, de la histeria mantienen con el trauma ocasionador un nexo tan estricto como aquellos otros fenómenos más transparentes en este sentido*". (Freud y Breuer, 1995)

La investigación psicoanalítica dio así como resultado la búsqueda incesante de los lazos, aún desconocidos, entre el síntoma, manifestación exterior de un conflicto, y el evento ocasionador al cual debía ligarse, "descubrimos, en efecto, al comienzo, para nuestra máxima sorpresa -dice Freud-, que *los síntomas hísticos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto*" (Freud y Breuer, 1995).

La primera concepción de la neurosis implicaba un hecho traumático que adquiría su fuerza con posterioridad, produciendo los síntomas exteriores, estos eventos tenían relación particularmente con los enigmas de la sexualidad. Un neurótico es entonces aquel que "sufre de reminiscencias" (Freud, 1995), pero estos recuerdos no están disponibles a la conciencia del paciente, y el trabajo consiste en devolver ese recuerdo con el afecto ligado a la conciencia del paciente. Así Freud debió suponer que el lugar de

alojamiento de estos recuerdos no podía ser la conciencia en el estado llamado normal, y que por lo tanto debía suponerse, lo que llamó en ese tiempo, una conciencia segunda, es decir un lugar al que el paciente no tiene acceso en condiciones normales. El enfermo por tanto queda en una situación de imposibilidad frente al síntoma, afectado por una causa desconocida y ahí reside la dificultad de su tratamiento, el paciente no tiene el acceso, al menos en forma consciente a los factores que actúan eficazmente en la producción de los síntomas.

Se iniciaba así todo un nuevo camino para la investigación, los síntomas histéricos debían ser el resultado de una transposición de un conflicto psíquico en una invasión somática y su expresión no corresponde al funcionamiento de la estructura anatómica tal como ocurre en las enfermedades orgánicas. El cuerpo de la histeria dibuja e inscribe otra lectura del cuerpo. Se abre también con esto el estudio de las enfermedades psicosomáticas.

Pero la investigación no quedó ahí y los nuevos trabajos de Freud continuaron el estudio de los mecanismos de la formación de síntomas, el dinamismo de su teoría permitió cuestionar posteriormente el origen traumático de la histeria, afirmando que no era necesario la intervención de un evento realmente sucedido para que éste provocara su efecto eficaz, el evento podía ser real o fantaseado. Asimismo la idea de conciencia segunda es rápidamente cuestionada en la medida que ese lugar donde se alojaban los recuerdos o fantasías traumáticas no podían seguir las mismas características de la conciencia y por esa razón no podía ser un estado secundario de la conciencia, sino que debía tener toda otra cualidad que la conciencia, ello lo llevó al descubrimiento de *lo inconsciente* es decir un lugar que tiene otras características que las de la conciencia, tales como la no-temporalidad, la ausencia de contradicción, etc.

La revolución freudiana que perdura hasta hoy en día consiste que los síntomas histéricos no pueden ser considerados sólo como un conjunto de síntomas particulares sino que en ellos reconoce una estructura que se articula de acuerdo a una lógica bien delimitada.

Sería muy largo continuar por la vía freudiana del estudio de la histeria, pues a lo largo de su trabajo cambió constantemente su aparato conceptual a la luz de sus nuevos descubrimientos y de sus dificultades clínicas. Este trabajo es extremadamente fértil, pero el énfasis que quisiera tomar en esta ocasión es el discurso de la histeria que dio pie a las construcciones freudianas y que busca ser lo más fiel a su tradición.

¿Pero cuál es este discurso, cuál es la constante en todo padecer de tipo histérico? Para ello deberemos abordar el problema desde otro punto de vista, tendremos que ocuparnos del discurso común del padecer histérico. Bajo esta perspectiva abordaremos lo que en la clínica de la histeria aparece como los rasgos más importantes de su sufrimiento.

La histeria como discurso: problemas clínicos

Mi interés por abordar la histeria no está para nada dirigido por un intento de lograr un saber de ella en el sentido médico del término (descripción, incidencia, prevalencia, etc.). Esta no es una exposición destinada a mostrar los posibles éxitos terapéuticos de una nueva consideración de la histeria como patología vigente. Mi interés es, por el contrario, dar cuenta de errores y de vacilaciones que también han sido los míos. Lo que el discurso de la histeria expresa y que no se suele escuchar. Lo hago de esta manera porque creo que es en la dificultad donde debemos centrar nuestros trabajos y no en el éxito conquistado y esto se verá justificado en la medida que podamos comprender –y este será mi apuesta– que la clínica de la histeria debe basarse en la falla, en el error, en un lugar móvil que evite todo estancamiento de un saber rígido. Esta dirección tiene relación con una experiencia bastante sensible que es la que consiste en que cada vez que tratamos de aplicar un tratamiento al modo de una ingeniería, de un mecanismo, fallamos, nuestra palabra cae presa de la insatisfacción histérica.

El problema clínico de la histeria debe ir más allá de ciertas consideraciones más o menos

enigmáticas, más o menos sofisticadas de la teoría lacaniana, el énfasis en esta ocasión es el problema que impone el tratamiento de la histeria y como podemos extraer de esto una definición de ella.

Considerando lo anterior quisiera exponer los errores a los cuales uno está sometido en el tratamiento de la histeria, esto se refiere a mi propio camino, como a la crítica que se puede hacer de ciertas terapias tecnologizadas. Este camino busca rescatar lo que enseña la histeria y que debe ser ubicado en un primer plano, colocar en primer lugar la escucha y no la enseñanza, esos caminos son extremadamente opuestos y determinan una ética fundamentalmente distinta e incluso contrapuesta.

1. "La agresividad histérica" (la contratransferencia).

Afirma Lucien Israël respecto de la agresividad en la histeria que ésta no es de uso exclusivo del paciente al irritarnos con su queja, al decir que todo va mal, al echar por tierra nuestros esfuerzos terapéuticos. La rabia no es generada por la supuesta falta de voluntad del paciente sino que tiene que ver con las propias limitaciones del analista y que en su incomodidad devuelve la agresión a la histérica. Sostiene que "esta agresividad es fácil de captar clínicamente. Es la actitud que más irritante resulta al médico, que adorna su ira con la púdica denominación de contratransferencia, aunque debemos leer allí la rabia impotente (...) Impotente para comprender, impotente para hacer gozar" (Israël, 1979). La rabia que genera la histeria y que la hace deambular de un servicio a otro, de un especialista a otro, es la imposibilidad del médico para fijar la enfermedad en una patología de orden y lógica orgánica, y si su enfermedad no corresponde a una falla de lo somático, el médico queda paralizado e impotente, entonces debe recurrir al especialista. En ese intervalo surge igualmente la pregunta agresiva ¿se trata de un simulador? ¿se trata de un trastorno facticio? y más coloquialmente ¿está simulando? ¿hasta cuando sigue con el show, con la representación?

La agresividad en primer lugar como falta de credibilidad de los síntomas histéricos. Cosa extremadamente común es el descrédito del

sufrimiento de la histeria, ese "no le creo nada" que tiene relación con la idea de la producción más o menos voluntaria de sus síntomas. Este punto es extremadamente crítico porque esta desconfianza lo que hace es aumentar la apuesta para que de una vez por todas ese sufrimiento sea reconocido por parte del cuerpo médico.

Esta idea se relaciona con el supuesto que los desmayos, las cegueras, la agorafobia, etc. pertenecen exclusivamente al orden de una ganancia secundaria, padecer fingido, simulación. Pero la pregunta es ¿a quien engaña la histeria? ¿cuál es su pregunta?, ¿qué es lo que me está diciendo? ¿qué es lo que está preguntando a la posición que ocupo?

La agresividad pertenece al médico cuando diagnóstica personalidad con mecanismos bajos, mecanismos de defensa infantiles, conductas pueriles, bajo control de impulsos, etc. es decir lo que se denomina con una facilidad abrumadora "border baja". El diagnóstico de los pobres. Más allá de lo que los descalificativos diagnósticos nos pueden dar; insisto, la escucha es ¿qué es lo que está tratando de enseñarme este paciente y que yo no puedo escuchar?

Si los síntomas siguen inscritos en su cuerpo, si su padecer aumenta, si la queja es ya un grito desesperado, ¿debo entender entonces que son las propias limitaciones del paciente, concretizando frases como "histeria de pocos recursos", "borderline infantil"? ¿no es esto ya un acto de violencia? ¿O si la queja infinita me afecta al punto de violentarme debo atribuirlo a las características del paciente?

La segunda forma de agresividad se da en Psicología por los intentos educativos (la readaptación a como de lugar) para los pacientes, por el "bajo techo" (intelectual) que estos tendrían. La agresividad en psicoanálisis es del orden de la contratransferencia, lo que se traduce en que esa agresión que yo siento no tiene nada que ver conmigo, es del paciente. Todo obstáculo al tratamiento es sentido como una especie de amenaza al médico: al saber médico, psicológico o analítico. Entonces la sensación de sentirse burlado por el paciente, que a pesar de todos nuestros intentos terapéuticos sigue con la queja

infinita, la descolocación permanente del lugar del profesional, de la persona que debiera saber cómo llevar al paciente a su sanación.

Para hacer palpable la agresividad la podemos mostrar con un extracto de una sesión de psicoterapia ocurrida efectivamente:

- "Hoy día desperté más sensible –dice una paciente- porque hoy día estoy de santo, no recuerdo que alguien me salude para mi santo, entonces yo esperaba que alguien me saludara y no vivir lo mismo que vivo todos los días. Necesito sentirme querida... necesito que se preocupen de mí... (llora)"

- "Quizás lo que usted quiere decir –dice el terapeuta- es que está con pena porque hubiera esperado que yo le hubiera dicho feliz santo. Usted quisiera que yo me preocupara más de usted, como que en el fondo las cosas me las está pidiendo a mí ¿o no? ¿o es idea mía?"

- "No, no –responde la paciente- Es idea suya, porque *yo no quiero nada de nadie...*"³

Aquí aparece con particular claridad desplegarse la agresividad tanto de terapeuta como paciente, ambos muy lejos; uno no entiende que esa demanda concreta no está dirigida a él, que no es su persona la que es interpelada, sino que es el puesto que representa, es el lugar del Otro el que está llamado y la comedia de las equivocaciones comienza con si dar o no el feliz santo. Por el otro lado la paciente le dice muy fuerte "*es idea suya, yo no quiero nada de nadie*" y entonces nos preguntamos por qué pide la atención de los otros si no quiere nada de nadie ¿qué es lo que está queriéndonos decir? Puede ser lo siguiente: "no es usted sino lo que representa y no es de usted de quien espero las felicitaciones, sino que tiene que ver con mi posición en el mundo, en definitiva no es de usted de quien espero que las cosas de mi vida se arreglen". En el fondo "no se haga el tonto no estoy hablando de usted, pues *yo no quiero nada de nadie*".

Posteriormente la terapeuta marca la evidente contradicción "*¿Cómo me dice eso si hace poco me estaba diciendo que quería que la gente la quisiera!*" y la paciente ya cansada le responde

"eso no quiere decir que estoy pidiendo algo de Ud. Hoy día me voy a ir de aquí. Voy a hacer cualquier locura... de repente no me importa nada..."

Aquí tenemos la agresividad casi en estado puro, es especialmente ejemplar de la agresividad y que creo que es casi un paradigma del tratamiento de la histeria cuando no sabemos escuchar lo que ella nos dice, cuando nos entramos en el juego imaginario impuesto en psicoterapia, en una especie de lucha de yoes (de yo a yo), para ver quien es el más fuerte al menos lógicamente, y en los gritos perdemos la palabra del paciente. No se si este camino puede ser ahorrado, pero no es necesario tampoco que llevemos la agresividad a este punto.

La agresividad se plasma cuando afirmamos que la histeria no quiere sanarse –como si se tratase de su voluntad la que está en juego- o que la histeria prefiere obtener los beneficios secundarios de su enfermedad, lo que en psicoanálisis se ha llamado las resistencias del paciente. Pero en este punto Lacan es extremadamente claro, las resistencias son siempre del analista y no del paciente. Las resistencias provienen del oído sordo del analista pero también de la interpretación apresurada y no podemos atribuir a un defecto del paciente nuestras propias limitaciones, esto nos pondría en una situación como la siguiente: "si sale cara gano yo, si sale sello pierdes tú".

2. La confrontación (La intervención terapéutica)

¿Cuántos tratamientos enfrascados, detenidos en la discusión de ego a ego? Con esto aludo a las continuas disputas entre el yo del paciente y el yo del terapeuta, la idea de rectificar los errores lógicos del paciente tal como lo acabamos de ver. Esas disputas infructuosas por tratar de demostrar los errores del paciente en su pensamiento y rectificarlos en la cadena asociativa lógica, llevándonos por supuesto al plano de lo que Lacan denominó la lucha imaginaria. Esto supone que el terapeuta posee una posición privilegiada con respecto al paciente y que incluso el paciente

³ Transcripción de una sesión de psicoterapia presentada en La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía realizada en octubre de 1987 en las Segundas Jornadas de Psicoterapia.

debe servirse de las potencialidades y fortalezas de su yo para servir de ejemplo e imitación. ¡Situación transversal y autoritaria del tratamiento!

Lo que trato de hacer sensible es esas pequeñas discusiones en psicoterapia, sobre quién tiene la razón, quién entiende mejor y sabe aplicar mejor la lógica causal. Este fenómeno se repite una y otra vez en la consulta si no vemos que la histeria es una especie de manejo de contradicciones, a veces quiere, otras no. Lo que sucede es que la contradicción es el ser mismo de la histeria. “Localizar las contradicciones constituye un interesante objetivo –dice Lucien Israël- que nos ayudará a mantenernos en estado de alerta. Tomar nota de ellas nos permitirá comprobar también que puede haber contradicciones que deban ser necesariamente sostenidas” (Israël, 1979). Entonces la contradicción es una premisa de la histeria y es lo que acabamos de ver en el extracto de la entrevista recién citado. Es así que el error de la confrontación se constituye en un elemento clave para comprender a la histeria y se perfila como una importante contraindicación y no sólo por motivos técnicos sino también por motivos éticos. Dice Michel Thibaut a propósito de la confrontación “vemos el efecto que produce apuntar [confrontar] una contradicción a una histérica: eso es *tocar su ser; que es contradicción misma*. Apuntar [confrontar] una contradicción es tocarla en lo más íntimo que tiene, ese hecho de saber si es o no es, si puede querer o no, si quiere o no, si sí o si no, si le da lo mismo o no. Ella no sabe en cuál vertiente del Saber está andando” (Thibaut, 1990)

Esto alude al carácter esencial de la histeria con su correlato metapsicológico, esto es, el inconsciente tiene como cualidad no regirse por el principio de la no-contradicción. Si es el inconsciente el objeto de estudio del psicoanálisis entonces buscar la rectificación lógica de la histeria es apuntar contra el psicoanálisis mismo.

¿Y en esa eterna contradicción qué es lo que podemos tratar de escuchar de la histeria? de alguna manera cuando intentamos y llamamos a la definición del paciente por una u otra posición lo que está operando es la captura por parte de la estructura histérica de nuestro propio deseo, es

decir continuamente está llamando a la toma de posición por parte del terapeuta, porque el asunto de las definiciones toca más bien al analista en la medida que la histeria puede vivir con la contradicción ya que ella misma la es. Buscar la toma de una u otra posición hace al analista hacerse cargo de la cura del paciente y repite una y otra vez la posición de la histérica, es decir esa especie de desresponsabilización y victimización de su vida. En la definición por una u otra alternativa lo que está en juego es el deseo del analista y no del paciente, situación invertida de todo tratamiento analítico que es el de dar cuenta del deseo en la repetición de su demanda. Develar lo que la demanda articula como deseo del Otro. Lo que quiere decir que en su insatisfacción articula una aspiración, una especie de reparación de lo que no funciona, ideal finalmente de omnipotencia y redención de las fallas de la relación intersubjetiva.

Otro ejemplo clínico se puede citar de una paciente actualmente en tratamiento:

–“Me quiero morir”.

Luego dice:

–“Querer morirse es egoísta”.

y su problema es el siguiente:

–“Me quiero morir pero no quiero ser egoísta”.

Es la contradicción y su imposibilidad la que tiene absolutamente paralizada. En qué quedamos “o eres egoísta o quieres morir” o “¿puede ser correcto decir que querer morirse es egoísta?” El silogismo no funciona en este caso y eso es lo que muestra esta paciente.

¿Qué es lo que quiere de mí? (la transferencia)

De modo suficientemente frecuente nos podemos preguntar acerca del lugar que ocupamos en el tratamiento de la histeria ¿qué es lo que este paciente anda buscando en este lugar?. La histeria muchas veces interpela, hace un llamado claro a la persona del analista, repite con frecuencia lo importante que son sus sesiones, afirma que necesita que se ocupen de ella (o él) y de su sufrimiento.

En el trabajo terapéutico podemos preguntarnos acerca de lo que espera la histeria de nosotros, qué es lo que busca y eso no es una tarea fácil en la medida que esa interpelación debe ser

escuchada más allá de la demanda concreta del paciente. Esa es la posibilidad que abre el psicoanálisis, ahí donde la historia dice “no quiero nada de nadie” debemos leer por ejemplo “sé que quiero algo de alguien, pero no puedo aceptarlo y no puedo formularlo de otra manera” (Thibaut, 1990), el psicoanálisis permite salir de la vulgarización del discurso del paciente, salir de la demanda infinita para comprender de qué modo se articula el discurso metafóricamente.

Esto es lo que Lacan trabaja respecto al sujeto como sujeto de deseo, de la formulación eterna de las demandas, en esa repetición infinita lo que debe ser leído ahí es el deseo inconsciente. A través de todas las demandas se configura el recorrido particular de cada sujeto, sujeto del inconsciente que configurará el deseo como metonimia de todas sus demandas. La lectura analítica va a hacerle patente al sujeto lo que articula y la posición que ocupa en todas sus demandas. El trabajo implicado está entonces en el reconocimiento del circuito de repetición infinita para la expresión de su deseo.

Nuestra labor es ir más allá de la demanda de amor concreta del paciente y leer ahí el modo de relacionarse del paciente y el modo por sobre todo de obtener sus fracasos repetidos en la persona del analista. La historia muestra la dificultad de vivir y de qué manera todo encuentro es un desencuentro. No existe en su discurso el encuentro total y por el contrario lo que denuncia a diario es que las relaciones humanas se basan en el malentendido. Lo que pone en juego es la diferencia entre lo esperado y lo efectivamente obtenido, mostrando que su lugar está en continúa falta con respecto a lo que ella formula como demanda. La historia sufre precisamente de lo que falla en las relaciones humanas. De ahí el ideal de ciertas terapias de venir a reparar los fracasos de los pacientes, y el terapeuta trataría de mostrar que existe una relación posible, que existe el encuentro total, pero esto ¿no es acaso un desconocimiento total de las relaciones humanas?.

“¿Qué espera de mí?” esa pregunta que puede ser formulada por el analista es ante todo un malentendido es “la puerta abierta a la banal repetición de los amores decepcionados. Pues el yo del psicoanalista que aparece en la pregunta no

tiene nada que ver en esta ocurrencia. El paciente ofrece su amor, pero contrariamente a lo que pasa en la vida cotidiana, este amor no es recibido ni rechazado; es escuchado, analizado, hasta que aquel que ama descubre lo que espera de su propio ofrecimiento” (Israël, 1989) Repetimos el fragmento de psicoterapia citado “*Eso no quiere decir que estoy pidiendo algo de Ud. Hoy día me voy a ir de aquí. Voy a hacer cualquier locura... de repente no me importa nada...*” (Israël, 1989)

Entonces la demanda no está formulada a la persona del terapeuta sino que corresponde al modo que tiene la historia de relacionarse y lo que debe ser leído ahí es su fracaso, su decepción en sus relaciones personales y finalmente la repetición inconsciente que trabaja en la historia.

3. El cuerpo simbólico (la sexualidad)

Lo que aporta la historia en el tratamiento es su cuerpo, pero este cuerpo no corresponde exclusivamente a su substrato anatómico sino que también a su matriz simbólica. Son los síntomas los que se inscriben en el cuerpo, pero esta vez es fundamental que el analista no solo tenga un conocimiento preciso de la anatomía médica sino que también sea capaz de estructurar una anatomía simbólica del cuerpo y de lo que éste representa en el dolor histérico.

Respecto a esto Freud afirma que “la lesión de la parálisis histérica debe ser totalmente independiente de la anatomía del sistema nervioso, ya que la historia se conduce en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera o como si no tuviera de ella ningún conocimiento” (Nasio, 1997)

Evidentemente no se puede descartar la patología orgánica en ningún tratamiento terapéutico, pero su adecuado conocimiento nos permitirá la flexibilidad necesaria para tratar con el padecimiento histérico ya sean en los dolores de cabeza, las parálisis, los vómitos, las conversiones, etc.

En este caso es el cuerpo de la histérica que habla de su sufrimiento, que grita y clama por una escucha distinta. Es dramático ver deambular a ese cuerpo sufriente por los distintos estamentos hospitalarios o por los distintos tipos de

especialistas que buscan fijar el padecimiento en un problema de orden orgánico, para hacer de la enfermedad un objeto de su dominio. Una vez escuché "quiero sacarme estas ideas de mi cabeza, no quiero saber más de esto, quiero volver a ser la que era antes y quisiera someterme a una operación al cerebro para sacar de mi todo esto que me daña y perturba". Pero ¿qué está pidiendo la histeria con esa demanda?, ¿qué es lo que representa con esa forma de solución de los problemas sino "yo no tengo nada que ver en este cuento y usted lo tiene que saber"? Precisamente en este caso está absolutamente contraindicado la derivación a un neurocirujano.

La relación psicólogo y psiquiatra puede ser problemática cuando el paciente recibe señales contradictorias, cuando se contraponen el cuerpo a la psiquis. La histeria muestra bien junto a las enfermedades psicosomáticas que ambos terrenos están conjugados a través del lenguaje y es lo que permite afirmar que ese cuerpo habla. El llamado de la histeria es precisamente hacia una nueva lectura del cuerpo como símbolo de un padecer anelado en lo orgánico y es ahí donde podría apuntar la relación posible entre profesionales de distintas áreas.

Pero más allá del conflicto que aparece entre los dominios de los profesionales debemos preguntarnos porqué la histeria para sufrir y dar a ver su sufrimiento debe aportar a un cuerpo doliente, ¿qué pasa en la estructuración subjetiva que facilita tal operación?

El cuerpo de la histeria es un cuerpo sexuado y se constituye como tal, no como un postulado del psicoanálisis, sino porque ella expresa con su cuerpo el malestar de su sexo, expresado por ejemplo en una anestesia sexual, en el asco hacia lo sexual. Es un cuerpo erotizado incluso en sus síntomas y esa lectura es la que aporta el psicoanálisis.

Lo que hallamos en una histeria que ofrece su cuerpo como un órgano sufriente es la falta de simbolización de un conflicto a nivel simbólico y plasma en lo somático una pregunta por su ser. La vía de la constitución psíquica de la mujer debe realizar un paso más según Freud y en este rodeo, a partir de las consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos, haya la

facilitación para la expresión en lo corporal (Freud, 1995)

La histérica ofrece su cuerpo como objeto de estudio, ¿pero qué podemos leer de este ofrecimiento sino una entrega al Otro para ser descada por este? Es decir que el malestar corporal no solo se constituye sólo como una dolencia sino también como un ofrecimiento de su ser al cuerpo médico. Esa es la trampa imaginaria en la que podemos caer, tratar su cuerpo como un objeto de estudio y no escuchar ahí la compleja red simbólica que inviste al cuerpo de vida.

En este ofrecimiento carnal podemos entender una forma de ofrecimiento hacia el saber médico y que puede representar la persona del médico. Pero es ese ofrecimiento mismo el que constituye el discurso de la histérica y la escucha puede conducir a hacer preguntarse a la histérica de lo que espera en esa ofrenda.

CONCLUSIONES

Nuestro recorrido nos ha llevado por caminos que hasta para mí eran insospechados antes de iniciar la escritura de este artículo. La agresividad, la contradicción, la transferencia y la diferencia sexual permitieron una lectura de la histeria fundamentada a partir de mis propios desencuentros. De algún modo espero que hayamos recorrido los temas cruciales del psicoanálisis en esta presentación, esto es, teóricamente hablando, la transferencia, la sexualidad, el lenguaje, lo inconsciente.

En esta presentación no he fijado explícitamente la sintomatología histérica. Como hemos visto esta puede cambiar en sus manifestaciones y no es esencial para su definición. El psicoanálisis recalca el valor de la relación analista analizado y en ese punto he querido centrarme. Los modos de relación de la histérica, la forma que tiene de relacionarse con el mundo humano, su constante denuncia de que las cosas no funcionan como debieran funcionar; su potencial revolucionario, su constante desafío al estancamiento del pensamiento; la carencia de nuestros conocimientos, son parte de las enseñanzas que nos ha dejado.

Evidentemente estos son sólo unos esbozos respecto de lo que la histeria como estructura puede mostrar, y no he querido seguir más adelante y formular y desarrollar afirmaciones respecto del ser de la mujer, de la pregunta de la histérica de su sexo, lo que Lacan formula como la pregunta histérica ¿qué es ser una mujer? y otros tantos temas, puesto que he querido hablar sobre lo que he podido interrogarme a partir de mi encuentro con la clínica y si no avanzo más es porque mi experiencia lo limita y porque quisiera ser riguroso respecto los postulados lacanianos al punto de no aceptar como una verdad sus afirmaciones, en la medida que eso no se me haga patente. A pesar de que eso puede estar tan cerca de mí que no lo he podido escuchar. No avanzo más que lo que la clínica me ha sabido enseñar o en lo que yo no he podido aprender por mi tozudez.

Del análisis hecho, que recoge los elementos teóricos y clínicos, me interesa por sobre todo resaltar que la escuela psicoanalítica lacaniana tiene como mérito fundamental ser una teoría suficientemente abierta para dejarse enseñar por sus pacientes, cuestión que va en dirección opuesta a las corrientes clásicas de psicoanálisis y la psicología que se dedican a enseñar a sus pacientes el modo de adaptarse a la realidad (“Ud. tiene que... Hay que...” etc.)

La investigación emprendida sugiere en primer lugar, cuestionar las teorías que tiene a atribuir las dificultades terapéuticas al paciente y en segundo lugar impulsa a esclarecer que éticamente existen diferencias de base entre la postura que busca enseñar a los pacientes acerca cómo debe dirigir su vida a otra que tiene por misión la constitución de un sujeto con un deseo propio. Como dice Dolto “El psicoanálisis terapéutico es un método de busca de verdad individual” (Dolto, 1965)

Espero dejar las puertas suficientemente abiertas para dar paso a una curiosidad clínica y ética de la psicoterapia de la histeria, quizás sea demasiado ambicioso pero no por ello dejará ser mi preocupación al proponer un problema como este.

REFERENCIAS

- 1- Freud, S. (1995) *Estudios sobre la histeria* en Obras Completas Vol. 2; B. Aires: Amorroutu (Orig. 1895)
- 2- Freud, S. (1995) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* en Obras Completas Vol. 2; B. Aires: Amorroutu (Orig. 1910)
- 3- Freud, S. (1995) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* en Obras Completas Vol. 2; B. Aires: Amorroutu (Orig. 1925)
- 4- Israël, L. (1979) *El goce de la histérica*. B. Aires: Argonauta (Orig. 1977)
- 5- Israël, L. (1989) *Boiter n'est pas pécher*. París: Denoël
- 6- Kaufmann, P. (1996) *Elementos para una enciclopedia de psicoanálisis*. B. Aires: Paidós (Orig. 1993)
- 7- Kraepelin, E. (1997) *Cent ans de psychiatrie*. Bordeaux: Mollat (Orig. 1917)
- 8- Mannoni, M. (1965) *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. París: Denoël/Gonthier
- 9- Melman, C. (1984) *Nouvelles études sur l'Hystérie*. París: Joseph Clims/Denoël
- 10- Nasio, J. D. (1997) *El dolor de la histeria*. B. Aires: Ed. Paidós
- 11- Pichot, P. (1996) *Un siècle de psychiatrie*. París: Synthélabo groupe.
- 12- Thibaut, M. (1990) No quiero nada de nadie... Clínica de la histeria. Revista *El discurso psicoanalítico*. 1; (52-57)
- 13- Thibaut, M e Hidalgo, G. (1996) *Trayecto del psicoanálisis de Freud a Lacan*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- 14- Veith, I. (1973) *Historie de l'hystérie*. París. Seghers