



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

“HACIA UNA GENEALOGÍA DE LA HISTERIA”

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

RAMÓN VASCO VÁZQUEZ

DIRECTOR

MTRO. CARLOS AUGUSTO ALBURQUERQUE PEÓN

SINODALES

DR. ALFREDO GUERRERO TAPIA

MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ

MTRA. MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS

MTRA. LUCÍA MAGDALENA MARTÍNEZ FLORES



MÉXICO, D.F., OCTUBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A la memoria de
Julio Ricardo Salinas*



*Si logras conservar intacta tu firmeza
cuando todos vacilan y tachan tu entereza;
si a pesar de esas dudas mantienes tus creencias
sin que te debiliten extrañas sugerencias;
si puedes esperar, e inmune a la fatiga
y fiel a la verdad, reacio a la mentira,
el odio de los otros te deja indiferente,
sin creerte por ello muy sabio o muy valiente...*

*Si sueñas, sin por ello rendirte ante el ensueño,
si piensas, más de tu pensamiento sigues dueño;
si triunfos o desastres no menguan tus ardores
y por igual los tratas como dos impostores;
si soportas oír la verdad deformada
y cual trampa de necios por malvados usada,
o mirar hecho trizas de tu vida el ideal,
y con gastados útiles recomenzar igual...*

*Si toda la victoria conquistada
te atreves a arriesgar en una audaz jugada,
y aun perdiendo, sin quejas ni tristeza,
con nuevos bríos, reiniciar puedes tu empresa;
si entregado a la lucha con nervio y corazón,
aun desfallecido persistes en la acción
y extraes energías, cansado y vacilante,
de heroica voluntad que te ordena: ¡Adelante!...*

*... lo que existe en el mundo en tus manos tendrás
¡Y además hijo mío, un hombre tú serás!*

Rudyard Kipling

La histeria, caja de pandora que al abrirse desata calamidad. Perturba, indigna, desconcierta e incomoda... ella delata los más oscuros secretos, denuncia iniquidades, desafía instituciones y pone en duda hasta al más sólido de los saberes. Ella también atrae, cautiva, deleita, y más aún, nos recuerda lo maravilloso del ser hablante: el amor y el deseo. Complicada, sí, porque tratar de entenderla confronta con la histeria de uno mismo, con el enigma de la feminidad que habita en todos y cada uno de nosotros... enigma que trastorna la seguridad de saber y el confort de no saber.

La histeria, intensa montaña rusa que me ha llevado por vertiginosos momentos de reflexión, angustiosos descensos y los más desesperantes suspensos; pero a la vez, una encantadora aventura que me ha elevado por altas escaladas de conocimiento y por las más sorprendentes maniobras de aprendizaje. Hoy, al finalizar su recorrido, desciendo del vagón y miro hacia atrás... contemplo con satisfacción el sinuoso y altísimo viaje que realicé ¡Qué orgullo haberme podido enfrentar a la caótica histeria y salir triunfante de su enseñanza!... Y a mi lado, mis acompañantes. En esta extraordinaria aventura he tenido la fortuna de no ir solo. Ellos son quienes en un primer momento me alentaron a subir, y en mi vacilación decidieron abordar conmigo para darme valor y sujetarme en los movimientos más intensos del recorrido... A cada uno de ellos les dedico este trabajo y por su compañía les digo...

GRACIAS...

A mis padres, quienes siempre viajan conmigo al frente del vagón de esta montaña rusa de la vida. Él, mi maestro, mi guía al mundo de los libros, del aprendizaje y del libre pensamiento. Ella, mi refugio, mi consuelo, mi confidente y mi mayor fuente de valor. Los dos, mi mayor bendición.

A mis hermanos, los dos grandes amigos desde el origen de mi existencia, protectores, cómplices y compañeros de aventuras; mi cuñada, hermana y amiga, y mi pequeño sobrino, el brillo de mi vida.

A la UNAM, mi segunda casa, por todo lo que me ha dado para ser un libre pensador.

A quien dirigió esta tesis, el Maestro Carlos, por alentar mi espíritu crítico y compartirme su conocimiento, por conducirme al pensamiento de grandes autores y abrir las puertas del psicoanálisis lacaniano. Pero sobre todo, gracias por su interés, respaldo y paciencia.

A mis revisores y sinodales, Doctor Alfredo, Maestra Paty, Maestra Lucy y Maestra Tere, por su valioso tiempo y sus maravillosas palabras que me motivan a continuar y luchar por mis ideales.

A mis queridísimas amigas, hermanas y colegas: Clau, Yanet, Marce, Aleny, sin ustedes no sería lo mismo, y no sería tan feliz como lo soy ahora. No sólo ocupan un gran lugar en esta proceso, sino también en mi corazón, las quiero con toda el alma.

A todos mis entrañables amigos colegas, coaster-amigos y personas con las que me une el invaluable lazo de la amistad, les dedico mi trabajo por ser la gran familia que siempre me respalda.

A ti, mi ángel de la guarda, por heredarme el don de la valentía y la persistencia; por ser parte de mis proyectos, por cuidarme desde donde estás para seguir luchando por los sueños de los dos. Gracias por continuar siendo mi brazo derecho, aunque ya no pueda verte.

A Dios y a la vida...

GRACIAS

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1	
Genealogía de la histeria	16
CAPÍTULO 2	
Clínica de la histérica y el enfermo nervioso	58
CAPÍTULO 3	
El discurso histérico en la clínica actual	90
CONCLUSIONES	122
REFERENCIAS	129

RESUMEN

Esta tesis se basa en una investigación documental que contiene un análisis genealógico de la histeria, como instrumento de reflexión y crítica al modelo biologicista en psicopatología. Para su desarrollo se empleó la teoría psicoanalítica en conjunción con el método genealógico propuesto por Michel Foucault. Método que, al contrario del relato tradicional histórico, problematiza las certezas sobre las que se establecen las prácticas científicas, analizando la raíz de los saberes y discursos y enunciando que la emergencia de todo conocimiento siempre va ligada a un cambio de poder. Por lo que este trabajo expone las relaciones de poder-saber existentes en cada conceptualización histórica de la histeria, y propone una visión alternativa al discurso clínico de la psiquiatría y de la psicología académica, las cuales, han derivado en la adopción de un enfoque objetivista y atomista que reduce la complejidad humana en categorizaciones y diagnósticos burocratizados

Este estudio genealógico de la histeria concluye, en primera instancia, la necesidad de retomar el aspecto histórico de la psicología clínica y de sus conceptos fundantes como parte integral del conocimiento y praxis profesional; y por otro lado, la restitución de la histeria y las aportaciones del psicoanálisis como una guía indispensable para la comprensión de los hechos clínicos actuales.

Palabras clave: histeria, psicoanálisis, genealogía, psicología clínica.

ABSTRACT

This thesis is based on documentary research containing a genealogical analysis of hysteria, as a tool for reflection and critique of psychopathology biologist approach. For its development, psychoanalytic theory in conjunction with the genealogical method proposed by Michel Foucault was used. Method which, unlike the traditional historical account, problematize the certainties on which scientific practices are established by analyzing the root of knowledge and discourses and stating that the emergence of all knowledge is always linked to a change of power. So this paper presents the power-knowledge relationships existing in each historical conceptualization of hysteria, and proposes an alternative to clinical discourse of psychiatry and academic psychology, which vision, have led to the adoption of an objectivist approach atomistic and reducing complexity in human categorizations and diagnostic bureaucratized.

This genealogical study of hysteria concludes, first, the need to revisit the historical aspect of clinical psychology and its founding concepts as an integral part of the knowledge and professional practice; and on the other hand, the return of hysteria and contributions of psychoanalysis as a prerequisite for the current understanding of the clinical facts guide.

Keywords: hysteria, psychoanalysis, genealogy, clinical psychology.

INTRODUCCIÓN

Se ha impuesto un método para alcanzar una visión científica de lo que puede ser la verdad, método que rechaza los aportes de la reflexión desde y sobre la contingencia y la vida.

Francesca Gargallo

A lo largo de la historia, el ser humano ha intentado explicar y comprender la conexión entre la mente y su cuerpo. Cuando se habla de enfermedad, el avance en la medicina ha permitido aseverar que el organismo y sus desórdenes influyen sobre el equilibrio psíquico; tal afirmación ha sido tantas veces reiterada que ya forma parte del saber común. Pero, declarar lo contrario no ha tenido la misma suerte, en especial si consideramos que a la medicina positivista le cuesta trabajo asumir que la psique puede tener un efecto en lo somático. En este sentido, correspondería a la psicología dar cuenta de ello e intentar demostrar que los procesos psíquicos influyen extraordinariamente sobre el funcionamiento del cuerpo, y que los conflictos anímicos pueden expresarse en la clínica médica por medio de síntomas corporales.

La histeria se inserta aquí como el ejemplo paradigmático de ésta poderosa correlación que, pese haber encarnado un reto aclarativo para la medicina empírica y quebrantar la tradición cartesiana en la que esta se ha edificado, dio origen al psicoanálisis: una auténtica metapsicología que desentraña y enuncia la realidad indivisible de la mente y el cuerpo.

Sin embargo, hablar sobre histeria -y más aún de psicoanálisis- en la clínica psicológica, implica un cierto quebrantamiento al enfoque actual que domina nuestra disciplina, pues tanto en la psicología como en la psiquiatría prevalece la idea de que la histeria ya no se encuentra vigente, se le ve como una palabra arcaica que remite a una “enfermedad” antigua y obsoleta, y que en consecuencia, no tiene cabida en el lenguaje moderno.

Así, decimos que la histeria ya no goza de la importancia clínica que tuvo siglos atrás cuando representaba un tema capital y un desafío para la joven psiquiatría y la naciente neurología. Apenas si se le reconoce como la piedra angular sobre la que Sigmund Freud edificara toda una teoría y técnica psicológica; y en ocasiones, suele empleársele como una palabra que sirve para referirse indistintamente a trastornos conversivos, estados disociativos, rasgos de personalidad, alteraciones colectivas; o peor aún, como calificativo peyorativo para las mujeres y/o los pacientes que resultan molestos al médico que los atiende y que no encuentra explicación orgánica a sus dolencias.

Una de las razones -quizá la más evidente- por las que en la actualidad la histeria se torna prácticamente incompatible con el lenguaje clínico, es porque nuestra disciplina, al igual que la psiquiatría, se encuentran regidas por el modelo biomédico que promueve un enfoque más objetivo de la psique y la conducta. Con el auge de las neurociencias se ha promovido una visión atomista que intenta reducir la complejidad humana en categorizaciones y diagnósticos clínicos que siguen el mismo modelo de las enfermedades médicas. Así, en el campo de la psicopatología, la histeria ha perdido terreno en favor de nuevas categorías diagnósticas que la psiquiatría moderna implantó (a partir de la confección del DSM-III) con el propósito de favorecer a dicho modelo biomédico (Angosto, 2006).

De este modo, lo que en su momento el psicoanálisis definiera como una estructura subjetiva con diversas manifestaciones clínicas, hoy, en aras de una estandarización sintomática más acorde al sistema nosológico, ha estallado en decenas de nuevas enfermedades, “síndromes” y “trastornos” que integran la consulta médica y psicológica.

Noyes, Stuart y Watson (2008) critican que la moderna clasificación que cambió a la histeria por los ahora llamados “trastornos somatomorfos”, sí acepta en cierta medida la complejidad de los procesos psíquicos como causantes de los síntomas físicos inexplicables, pero considera que estos aparecen a voluntad y control de la persona, lo que suscita un rechazo y una predisposición a calificar de mentiroso y manipulador al paciente; propensión que increíblemente inicia con el médico mismo y se extiende a los familiares y personas que rodean al sujeto.

La situación se agrava más si vemos que algunos pacientes con síntomas que no se ajustan a un diagnóstico médico usual, son referidos a distintos especialistas con el fin de ubicarlos forzosamente en una clasificación nosológica, y con ello, son sometidos a un peregrinar de rotulaciones diagnósticas, fármacos, pruebas de laboratorio innecesarias y procedimientos invasivos y costosos, que a la larga sí provocarían genuinas enfermedades somáticas (Oyama, Paltoo & Greengold, 2007). Por consiguiente, es inevitable preguntarnos ¿cuántas personas “somatizadoras” no formarán parte del abarrotamiento diario que abrumba los hospitales y servicios médicos en nuestro país? La respuesta cada quien puede deducirla, pero lo más preocupante es que a todas ellas no se les brinda una oportunidad de un espacio de genuina escucha.

Y es que bajo el moderno enfoque reduccionista, la tarea actual del clínico consiste en aislar, medir y describir cada uno de los síntomas que los *pacientes* manifiestan por medio de las entrevistas y la observación. El clínico obtiene así una muestra de algunas características del paciente individual que posteriormente debe comparar con las características enunciadas en los manuales diagnósticos. El resultado no suele ser siempre positivo, ni para el profesional ni para el paciente, pues pasar de la observación de un individuo a una categoría generalizada resulta muy frustrante, ya que casi nunca concuerdan. La mayoría de las veces, la solución a este problema ha consistido en implementar una o más variantes sobre el mismo tópico para distinguir entre características primarias y secundarias del trastorno, y así poder calzar forzosamente al sujeto en esa categoría. Pero lo que no se toma en cuenta es que la raíz de esa discrepancia se encuentra en la metodología propiamente dicha, pues se pasan por alto los aspectos más relevantes de la vida cotidiana, la particularidad, la historia de cada individuo; así como las implicaciones de la dinámica psicosexual, el género y la cultura en la constitución del psiquismo. De ahí que los métodos descriptivos de la medicina no siempre suelen ser suficientes para esclarecer y remediar el malestar psicológico de los sujetos¹.

¹ Los propios psiquiatras reconocen esta deficiencia. Inicialmente se definió a los trastornos somatomorfos como patologías caracterizadas por la existencia de síntomas físicos no explicables por enfermedades o mecanismos fisiopatológicos conocidos; Caballero y Caballero (2008) mencionan que la vaguedad y la

El enfoque psicoanalítico, al proponer una aproximación por completo distinta y al vislumbrar el acceso a la verdad individual desde las narraciones “mentirosas” de los pacientes, se muestra contrario a los métodos descriptivos que hoy rigen a las ciencias psi, planteando que la sintomatología es de todo incomprensible si se ignora su vertiente comunicacional, ya que ni mucho menos implica únicamente el organismo del individuo que demanda tratamiento. Por eso, Israël (1979) dirá que “si no se tiene en cuenta el descubrimiento fundamental de que la histeria, y en general, los síntomas neuróticos que hoy se esconden bajo esas nuevas etiquetas diagnósticas, son una forma de relación, un discurso que involucra al *otro*, no se hace más que persistir en la incomprensión y en los errores de la era pre-psicoanalítica” (p.16).

Considerando lo anterior, con esta investigación se pretende principalmente restituir el valor de la clínica de la histeria como guía fundamental para la comprensión y abordaje de los hechos que a día de hoy componen nuestra práctica psicológica. En consecuencia, representa una reflexión sobre la discordancia entre las conceptualizaciones diagnósticas y la realidad clínica, y una crítica a la práctica moderna que clasifica y normaliza la conducta humana en función de un reduccionismo organicista que suprime lo histórico, lo cultural y lo relacional del sujeto.

La importancia de reintroducir a la histeria radica en que al ser la fundadora del psicoanálisis, lo fue también para la psicología clínica; ya que es a partir del método de trabajo propuesto por Freud –mediante la escucha de la histeria- desde donde se construyeron los elementos del dispositivo psicoterapéutico moderno. Además, siendo el cuadro príncipes con el que se desarrolla la teoría psicoanalítica, la histeria se convierte en el paradigma clínico de las neurosis, y por ende, una herramienta crucial en la pedagogía de la clínica psicológica.

Así mismo, la histeria reivindica la singularidad de cada persona, pero también, como señala Borrosa (2001), apunta a un fenómeno cultural que revela la

contingencia de la descripción “mecanismo fisiopatológico desconocido”, la asunción tácita de hipótesis psicogenéticas no probadas en la definición y la presencia habitual de síntomas de ansiedad y depresivos en estos pacientes, pusieron en duda la validez de esta categoría desde su concepción. Las descripciones posteriores en el DSM-III-R, el DSM-IV y el DSM-IV-TR nunca corrigieron estas deficiencias conceptuales y han tenido desde entonces en un atolladero a la investigación clínica de este capítulo de la patología humana.

trama social tejida a partir de un cierto tipo de discurso, el lazo social característico con el que se vinculan las personas y establecen determinadas dinámicas sociales. En este sentido, es crucial para comprender la problemática del saber contemporáneo, no únicamente psicológico, sino también social y cultural, ya que como lo refiere Soler (2006) “la clínica individual de la histeria supone algo así como un diagnóstico sobre el estado presente de los discursos. Los síntomas de la histeria están sujetos a la época” (p.173).

La histeria también posibilita una mirada diferente y una reflexión sobre la realidad sexual del ser humano, ya que revela que la sexualidad no se equipara con el resto de funciones orgánicas como se creía tiempo atrás, sino como origen del deseo y el vínculo con los otros.

Pero para alcanzar los objetivos que esta tesis propone, se precisa de una metodología que, en conjunción con el psicoanálisis, nos permita ir más allá del relato tradicional, es decir, que dé cuenta de la constitución de los saberes y de los discursos modernos de la psicología y la psiquiatría. Lo que se busca es una perspectiva que permita problematizar las certezas sobre las que parece edificarse la práctica clínica actual, y desmontar algunas de las ideas erradas y perniciosas con las que opera. Por tal motivo, se ha optado por el método genealógico, un método que apela a lo histórico para el análisis de los discursos y las prácticas imperantes.

La genealogía como herramienta histórica tiene su origen en la obra de Friedrich Nietzsche, pero es el filósofo francés Michel Foucault quien le otorga su estatuto de método para la investigación en las ciencias humanas. Foucault (1997) refiere que el método genealógico consiste en el análisis histórico del conocimiento, demostrando cómo se ha modificado en dichos conocimientos la noción de verdad. En este sentido, la emergencia de todo conocimiento siempre va ligado a un cambio de poder, por consiguiente, la genealogía es el análisis de la relación entre el poder y cualquier conocimiento en particular, y una búsqueda ética, es decir, la búsqueda de las condiciones de posibilidad histórica de los acontecimientos.

Es precisamente esta búsqueda la que se desarrolla en los tres capítulos que conforman este trabajo, y que en conjunto intentan ser un soporte teórico lo suficientemente válido para devolver a la histeria su importancia y utilidad teórico-práctica:

En el capítulo 1 “Genealogía de la histeria”, se inicia resaltando la importancia de la historia en nuestra disciplina, y consecuentemente su uso como herramienta metodológica legítima para el análisis de los discursos que hoy determinan nuestra práctica. Ello deriva en la definición del método genealógico como guía para el análisis epistemológico y conceptual de la histeria, y la problematización de la práctica clínica actual como punto de partida que justifica la elección de dicho método. Posteriormente se inicia la genealogía desarrollando la arqueología de la histeria, revisando su raíz etimológica, y las conceptualizaciones de la Antigüedad, la Edad Media y el Renacimiento que otorgaron a la medicina moderna un sustrato arqueológico de la histeria, y que el psicoanálisis reinterpreta también como manifestaciones del discurso histérico.

El Capítulo 2 “Clínica de la histérica y el enfermo nervioso”, analiza cómo con el advenimiento del capitalismo se consolidaron las ciencias, en especial la medicina, y con ella la creación de nuevos discursos que atraparán a la histeria y le otorgarán el estatuto “científico” de enfermedad. Se introduce el término foucaultiano de “biopoder” como fundamento de las técnicas disciplinarias que empezaron a controlar el cuerpo en favor de la producción y la dinámica socio-económica, y de las que más tarde se desplegarían nuevos discursos relacionados a la sexualidad, la enfermedad y la locura, y que en conjunto harán de la histeria el prototipo de las enfermedades nerviosas. Ello constituirá el punto de partida para la ulterior aparición y evolución de especialidades médicas como la psiquiatría y la neurología, y que representarán el antecedente directo de la clínica psicoanalítica de la histeria.

En el Capítulo 3 “El discurso histérico y la clínica actual” se menciona cómo la mirada clínica se convirtió en la herramienta metodológica por excelencia para todas las disciplinas médicas, incluyendo la psiquiatría y la joven psicología, pero también un atolladero para la comprensión de las enfermedades nerviosas, siendo

la histeria la principal “patología” que puso en duda la tradición cartesiana; y cómo a partir de este cuestionamiento surge el psicoanálisis, disciplina que postula la función del inconsciente como determinante de la conducta. Así mismo, se desarrollan algunas de las repercusiones del psicoanálisis para con las ciencias humanas: la aparición de una nueva conceptualización de la sexualidad humana y la problematización de la diferencia de los sexos en un plano psicológico; y la consolidación de la psicología clínica y la psicoterapia basadas en la escucha analítica de la histeria. Se describe brevemente el declive del psicoanálisis y de las histerias, opacados por el ascenso de la psicofarmacología y la corriente cognitivista que llevaron a la adopción de las nuevas categorías diagnósticas. El capítulo concluye con una definición final de la histeria a partir del psicoanálisis contemporáneo, a fin de revelar su vigencia y su utilidad en la comprensión de los nuevos trastornos.

CAPÍTULO 1

GENEALOGÍA DE LA HISTERIA

La historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado.

Jacques Lacan

La historia y el método genealógico

Cuando se expone un determinado tema, generalmente se inicia con la presentación de sus antecedentes históricos. En teoría, estos constituyen un elemento primordial de toda investigación, cuya finalidad es condensar el desarrollo de los conceptos, las teorías, los métodos y las técnicas con que las ciencias han tratado de explicar sus objetos de estudio a lo largo del tiempo (Diaz-Walls, 2009).

Ante tal requerimiento metodológico suele trabajarse sobre una cronología que abarca desde la referencia más arcaica del tema hasta sus últimas conceptualizaciones que devienen en el presente, resultando, con frecuencia, en la monótona repetición de lo que *otros* ya han establecido como *lo histórico*. De este modo, al tratarse más bien de una labor de transcripción, se despoja a la historia de su auténtica utilidad como herramienta de reflexión en las “ciencias humanas”.

Y es que la historia siendo crucial para la comprensión del quehacer científico, lo es más para la psicología: una disciplina que reclama como objeto de estudio a los llamados procesos mentales y la conducta (una burda pero generalizada definición de lo que es nuestra ciencia). Dado que ambas entidades son a la vez el sustrato epistemológico de quien desea investigarlos, su definición es inevitablemente intrínseca a un contexto socio-histórico en el que tanto sujeto como objeto se encuentran implicados², y el cual es preciso conocer y

² Aun cuando esto se contraponga a la corriente conductista, para quien la práctica psicológica debe basarse

comprender. Sobre todo porque dicho contexto está determinado por la compleja interacción de aspectos culturales, políticos, económicos, filosóficos, etc., que por supuesto no son estáticos ni exclusivos de una determinada época. Por lo tanto, la historia -en la psicología- “es el eje del conocimiento del hombre en tanto ciencia de su conducta a través del tiempo” (Albuquerque, 2005, p. 5).

Asimismo, Álvarez (2009) refiere que la historia “es una herramienta útil para el desarrollo del espíritu crítico, el sentido de la propia identidad y la reflexión sobre lo que significa ser psicólogo y por qué” (p.50); esta no solo enriquece el conocimiento del psicólogo al sustentar teóricamente su trabajo, sino también, contribuye a la formación de su criterio y ética profesional. Esto es porque, al prescindir de la historia, se acepta una metodología sin críticas ni cuestionamientos epistemológicos, y cuando esto sucede, se incurre peligrosamente en el dogmatismo tomándose como leyes *naturales* y universales del comportamiento todo aquello que, en realidad, obedece a la construcción progresiva de distintos discursos que a lo largo del tiempo se han ido estructurando en función de problemas específicos y de intereses prácticos - resultado de una sociedad siempre cambiante- o bien, como respuesta a las exigencias apabullantes de un sistema económico de producción (Foucault,1968). Cuando esto no se toma en cuenta y, en cambio, un discurso se eleva a categoría de verdad absoluta, el efecto en el desempeño ético será pobre y nocivo, ya que además de producirse puntos ciegos por la rigidez epistemológica, habrá un endurecimiento del juicio profesional que repercutirá en terceros.

Ahora bien, siendo el objetivo de esta tesis trabajar un hecho clínico poco desarrollado, el análisis histórico se torna aún más necesario para hallar las causas por las que este tema no ha sido elaborado con mayor amplitud, a pesar de tener un peso sustancial en la historia del psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología clínica. De hecho, conviene primero detenernos en el por qué la historia

únicamente en generalizaciones empíricas e inmediatas sin ningún miramiento por el pasado y/o el contexto sociocultural, ni por las teorías profundas. De acuerdo a Mario Bunge (2013) “el conductismo adopta una gnoseología realista inmadura porque se propone dar cuenta de un aspecto de la realidad pero no hace uso explícito de constructos hipotéticos, tales como los conceptos de deseo, idea, representaciones, etc.” (p.126), todos ellos de índole subjetiva que atañen invariablemente a la construcción histórica del pensamiento.

como vocablo e identidad clínica ha dejado de figurar en el lenguaje de las ciencias “psi”.

El punto de partida y problema fundamental se sitúan justamente en el discurso moderno de la psiquiatría y la psicología clínica. Lo que Gargallo (2006) denomina “paradigma del valor supremo del mercado” que actualmente opera como “modelo de realismo”³, y que desgraciadamente ha repercutido mucho en estas dos disciplinas, ha decretado los métodos y enfoques con que deben de estudiarse y nombrarse los fenómenos clínicos, inclusive, en retrospectiva. Esta doctrina neocapitalista⁴, bajo el amparo del método experimental, ha impuesto la superioridad de lo objetivo y lo medible como ley universal por encima de lo histórico y lo subjetivo; la consecuencia de ello es una práctica basada únicamente en lo descriptivo, en “lo evidente”, y el uso de categorías diagnósticas para clasificar a las personas en función de su conducta; con ello, se intenta estandarizar el sufrimiento y se asume que existe una respuesta válida para todos.

Bajo esta postura, no es de extrañar que exista un desdén hacia otras formas de pensamiento tan importantes como el psicoanálisis, que intentando rescatar lo subjetivo abordando al ser humano y sus vicisitudes en función de su historia y particularidad, sean catalogadas como prácticas inconsistentes o hasta pseudo-científicas. Así, todo aquello que constituye la mayor aportación de Freud a la psiquiatría moderna y a la formalización de la psicología clínica, se ha dejado de lado en favor de conceptualizaciones biológicamente reduccionistas que construyen una nueva práctica, más similar a la de la medicina positivista, pero que en contraste con lo complejo de nuestra materia, se vuelve insuficiente, superflua y pragmática. Por lo tanto, desde este primer vistazo, encontramos el

³ El *realismo* significa que la experiencia sensible proporciona una información verdadera e ininterrumpida de los objetos; alude a que es posible tener un conocimiento fidedigno y directo del mundo real (Runes, 1981, p. 320).

⁴ A *grosso modo* el término “neocapitalismo” se define como una dinámica de la oferta y la demanda, desde la cual se han reestructurado la mayoría de las sociedades contemporáneas en todos sus ámbitos (económico, político, social, cultural y hasta espiritual). Esteinou (2014) plantea que esta dinámica desmantela la base del otrora “Estado del Bienestar” o “Estado Benefactor” que durante muchos años había funcionado; y en su lugar, se implanta la filosofía del “Estado Cero” con la que se intenta reducir la intervención del Estado a su mínima expresión, para dejar que sea el mercado quien moldeé la estructura de la sociedad.

principal argumento por el que la histeria ya no tiene cabida en el lenguaje psicológico... no así en los hechos clínicos.

Al respecto, si tenemos en cuenta que la clínica psicológica se vio favorecida en sus inicios por el psicoanálisis, este, invariablemente, se alza como el eje teórico idóneo para la comprensión de los hechos que a día de hoy componen la clínica psicológica y psiquiátrica, especialmente porque “el psicoanálisis es una práctica singular, es un discurso diferente cuya función se encuentra en la palabra” (Albuquerque, 2011, p.2). Y acaso ¿no es por medio de la palabra como se construye la clínica? ¿No es a partir de un relato histórico desde donde se despliega la práctica psicológica?

Siendo así, el psicoanálisis permitirá correr el velo que el relato histórico tradicional de la psiquiatría ha puesto sobre la histeria. Con ello no se trata de crear una historia alternativa que coincida y favorezca exclusivamente a lo que plantea el psicoanálisis, ya que tampoco es el objetivo de este posicionarse como un saber absoluto; sino más bien, se trata de que al conocerse la historia pueda volver a narrarse bajo un enfoque diferente, más útil al quehacer psicológico; que sirva de guía racional a nuestra práctica clínica y ofrezca un paliativo a los embates que la doctrina positivista ha ejercido contra la subjetividad, y cuyos efectos más nocivos pueden mirarse fácilmente en la actual cosificación del ser humano y la frivolidad de las ciencias, que en el caso de la psicología, ha conducido a la proliferación de falsos expertos y a una distorsión de la ética profesional que en muchas ocasiones conduce a prácticas perjudiciales.

Además, conviene agregar un hecho fundamental que requiere considerarse también dentro del campo de la ética: el relacionado a la idea general que se tiene sobre la histeria, la de representar a lo femenino, pero específicamente, a lo más irritante de la mujer, la manipulación, la mentira y el descontrol. Esta idea que ha pasado al imaginario colectivo se debe en su totalidad a la medicina, pues, como lo afirma Álvarez (2006), gran parte de las teorías psiquiátricas que se elaboraron a partir del siglo XIX sobre la histeria, se encuentran teñidas de juicios morales y descalificaciones personales que tuvieron que ver más con la afectación narcisista de los propios psiquiatras que a un

auténtico deseo de conocimiento e imparcialidad científica. Desde entonces, el desafío que encarnó la histeria a la estrechez metodológica de la ciencia experimental, produjo rechazo y terminó por convertirla en un adjetivo peyorativo para nombrar –e incluso reprender- a las pacientes que resultaban molestas para el médico que no hallaba explicación orgánica a sus dolencias (Vallejo, 2006).

Desafortunadamente, esto aún persiste dentro y fuera de las disciplinas científicas. Dio Bleichmar (1989), en una alternativa por denominar “las histerias” – pluralizando- por sus innumerables manifestaciones, refiere que de cualquier modo el denominador común de estas siempre ha sido acotado y referido a lo femenino. La autora puntualiza que desde la confección del DSM, los diversos trastornos y tipos de personalidad “histórica”, se caracterizan por enumerar una serie de síntomas que en realidad resultan ser la descripción estereotípica de la mujer en nuestra cultura. Lo grave es que al ser esto una idea engendrada en el seno de la medicina, que sabemos hoy ocupa un lugar decisivo en la dinámica socio-cultural, ha dado lugar a prácticas clínicas misóginas y a la perpetuación de discursos que alientan y justifican la violencia a lo femenino.

Por todo esto es que se torna imperativo emplear un método histórico que permita ir más allá del relato tradicional, es decir, que dé cuenta de la constitución de los saberes y de los discursos en relación al cuerpo, la sexualidad, el género, la locura, etc. Una perspectiva que permita problematizar las certezas sobre las que parece edificarse la práctica clínica actual, y desmontar algunas de las ideas erradas y perniciosas con las que opera. Se trata del método genealógico, cuyos orígenes se remontan a la obra filosófica de Friedrich Nietzsche⁵ y que se basa principalmente en el análisis de las actitudes morales que impregnan los discursos sobre la realidad.

Nietzsche dirá que la historia -en especial la historia crítica- es el centro de toda investigación siempre y cuando se confronten el sentido común, la costumbre, la tradición y cualquier finalidad que pretenda atribuirse a los hechos

⁵ “*La genealogía de la moral, 1887*”. Texto que se desarrolla a partir de dos ejes fundamentales: en primer lugar, la consideración de que nuestras verdades objetivas brotan de una exigencia moral; la verdad traiciona su ideal de objetividad en beneficio de la moral, y en segundo lugar: la exigencia moral anterior no tiene nada de moral, satisface los instintos de resentimiento, venganza, etc., desmintiendo así sus propios principios.

del pasado, así como cualquier razón supuestamente originaria; de tal modo que lo que hoy sabemos de un determinado fenómeno no es más que:

Algo existente, algo que de algún modo ha llegado a realizarse y que es interpretado una y otra vez por un poder superior a ello en dirección a nuevos propósitos, y que es apropiado de un modo nuevo, transformado y adaptado a una nueva utilidad; propiciando así una reinterpretación, un reajuste en los que por necesidad el sentido y la finalidad original quedan oscurecidas o borradas (Nietzsche, 1887/2004, p.83)

Por lo tanto, en el caso que nos ocupa, la concepción clínica de la histeria ha sido históricamente “una ininterrumpida cadena indicativa de interpretaciones y reajustes siempre nuevos” (Nietzsche, 1887/2004, p.84) que han operado en función de un sentido que progresivamente le ha conferido cierta finalidad.

De esta forma, las palabras de Friedrich Nietzsche sustentan una metodología sobre la procedencia de los mecanismos de racionalización retrospectiva que conforman la mirada del presente, y el análisis de lo singular que gravita periféricamente al discurso histórico oficial; una metodología que retomará Michel Foucault (1926-1984) para el estudio y comprensión de las ciencias humanas.

Gonçalvez (2000), resume la genealogía de Foucault como un método de investigación que implica una problematización del presente, situándolo como el punto de partida del entramado de las relaciones de saber-poder que han generado determinados discursos, prácticas y a su vez, ciertos tipos de cuerpos – o sujetos-. El objetivo es averiguar qué es el presente, es decir, las condiciones en las que se produjeron los discursos y prácticas que desembocan en el saber de hoy. En este sentido, la genealogía constituye una herramienta metodológica con la cual se intenta examinar el presente mediante una *arqueología del saber* (Foucault, 2012b); vale decir, una recolección e interpretación alterna de los testimonios históricos que avalan el razonamiento de cada época y que convergen en el conocimiento moderno.

De acuerdo a Foucault, el conocimiento actual que se tiene sobre las ciencias humanas –en especial aquellos discursos y prácticas construidas alrededor de la enfermedad, la sexualidad, la locura y la delincuencia- deriva de un entramado de razonamientos estructurados a partir de ciertas estrategias y tácticas de poder. Así, lo que hoy forma parte de las experiencias y prácticas sociales que giran en torno a las ciencias humanas institucionalizadas –en este caso la medicina, la psiquiatría y la psicología-, se encuentra configurado por una serie de enunciados que han funcionado a partir de ciertos momentos con un rotundo efecto de verdad, o mejor dicho, una verdad posibilitada por el poder. Por tal motivo, el pensador francés sugiere que para esclarecer esta configuración lo ideal es recurrir a una genealogía del saber, *desconstruir* la verdad y revelar que “detrás de las cosas hay otra cosa bien distinta: no es su secreto esencial y sin fecha, sino el secreto de que no tiene esencia, o de que su esencia fue construida pieza por pieza a partir de figuras extrañas a ella” (Foucault, 1997, p.18).

De esta manera, la genealogía se establece como un procedimiento anti-reduccionista que aunque no es un movimiento contra la totalidad de los contenidos de una ciencia, sí es una insurrección a lo que Peteiro (2010) ha sabido llamar “autoritarismo científico”: ese rigor excesivo que emanado de los logros del reduccionismo químico y biológico, se ha extrapolado a la metodología –que hoy ya se toma como sinónimo de método científico-, y que por consiguiente, ha derivado en un reduccionismo ontológico en el que el *ser* queda completamente minimizado a una molécula mecánica, dando como resultado la supresión de toda subjetividad en el sujeto.

Por su parte, Braunstein concuerda con la genealogía de Foucault al plantear, con respecto a la psiquiatría –y a la práctica clínica psicológica supeditada a esta-, que el objetivo es dilucidar la coyuntura teórica y sociopolítica en la que surgieron las clasificaciones diagnósticas, pues éstas forman parte de una producción coherente de todo un discurso elaborado a partir de una demanda hecha por la sociedad: “La psiquiatría no clasifica lo que quiere sino lo que le llega; actúa siempre en respuesta a una demanda, provenga esta del futuro clasificado o del conjunto social” (Braunstein, 2010, p.27).

Entonces, entendemos que ese malestar que suscita una demanda, surge de una dinámica subordinada a una ideología que rige en ese momento la vida social, y que de acuerdo a ésta se determinan las reglas que gobiernan la conducta de las personas. El desvío a este comportamiento se convierte en algo fuera de lo normal, vale decir, en algo patológico que genera el suficiente malestar intersubjetivo para que los individuos se vean compelidos a la readaptación, a desear una *curación*, a hacer uso de aquellos métodos terapéuticos confeccionados para tal fin, y cuya finalidad intrínseca no es otra más que la normalización.

Por lo tanto, la genealogía básicamente descifra ese momento ideológico en que la “anormalidad” –en este caso lo que se ha denominado *histeria*- se convierte en objeto de estudio de las diferentes disciplinas que surgen para tales propósitos. Además, explica los momentos históricos, sociológicos y políticos detrás de la institucionalización de las diversas ciencias humanas, y los efectos del poder que están vinculados con la imposición y el funcionamiento de ese discurso científico que se organiza dentro de una sociedad como la nuestra.

Es entonces que la *histeria* se presenta como una materia que revela el modo en que se han articulado los distintos saberes de cada época; todo ello como una forma de pensar el cuerpo, la sexualidad y sus vicisitudes, muy acorde a una disciplina anatomopolítica (Foucault, 2011) del cuerpo humano en relación a ciertas formas en que se ha instituido el poder a través del tiempo.

Por eso, lo que hoy funciona como sustrato científico en el que se respaldan las ciencias humanas -en especial la medicina, la psiquiatría y la psicología clínica- suele considerarse normal e incuestionable; aunque en realidad, gran parte de ello obedece a una trama compleja de fuerzas que limitan bastante la introducción de otras posibilidades y formas de concebir la naturaleza humana. La experimentación y el modelo tomado de la medicina basada en la evidencia, han hecho especialmente de la psicología una práctica concreta que no admite nada más que lo empíricamente visible. Sin embargo, sólo el psicoanálisis logró encontrar cabida –momentáneamente- dentro de esta estrechez epistemológica saturada de cientificidad.

En resumen, el método genealógico se constituye como una forma válida de estudiar el origen del pensamiento moderno y la fuente de los valores, una crítica a estos en el sentido de mostrar su origen más bien político y su repercusión en la construcción de las ciencias y los modos de concebirse el propio ser humano. En especial porque todo concepto tiene una historia que lo ha ido conformando como tal, a la vez que ha ido racionalizándose y dando lugar al olvido de su verdadero origen.

Cabe señalar que con el método genealógico propuesto por Foucault no se intenta descubrir la verdad *per se* ni mucho menos proponer e imponer una verdad subjetiva; sino más bien es un análisis del cómo se han construido nuestras verdades, no la búsqueda de la verdad del pasado, sino el pasado de la verdad, es decir, los juegos de la verdad propios de las ciencias humanas.

La práctica clínica actual: punto de partida para una genealogía de la histeria

Para iniciar nuestro análisis genealógico, es preciso establecer la relación entre la histeria y práctica clínica actual. Como lo he resaltado, la histeria ya no se encuentra vigente dentro del discurso clínico/médico actual; sin embargo, el punto de partida es precisamente esa ausencia que ha dado forma a clasificaciones diagnósticas que siguen el modelo médico objetivo. En términos de Foucault, esa es nuestra problematización del presente, y desde ahí pueden plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Qué relación de saber-poder subyace hoy al razonamiento clínico que prevalece en el campo de lo *mental* –háblese de psicología clínica y/o psiquiatría?
- ¿Cómo se ha forjado históricamente ésta diada que hoy facilitó la supresión de la histeria en el lenguaje clínico de las ciencias *psi*?

Las respuestas a estos cuestionamientos desembocan en nuestro estudio genealógico: el análisis de las relaciones de saber-poder que han ido tejiéndose en cada época y en función de un fenómeno subjetivo determinado por los conflictos propios del *ser-hablante*.

Comenzaremos enunciando que lo que hoy entendemos por histeria, sin considerar al discurso médico y el uso vulgar que se le ha dado, constituye prácticamente el basamento epistemológico que da forma al psicoanálisis. De ahí la necesidad de emplearlo como pilar en nuestra investigación, dado que Freud, a través de la histeria, descubrió los procesos inconscientes que rigen y motivan la conducta humana. En pocas palabras, nos dice Braunstein (2006), el psicoanálisis se debe a la histeria y ésta debe su más precisa y completa conceptualización a aquél.

La histeria es el paradigma que sirvió de base al psicoanálisis para establecer una teoría general de la neurosis⁶. Concebida como una forma de sufrimiento humano, la delimitación de “lo neurótico” siempre ha representado un enigma –con múltiples formas de manifestación- que desde antaño ha propiciado el surgimiento de distintos “saberes” que intentan responder a los cuestionamientos que el mismo cuerpo formula. Con la Revolución Científica y la Ilustración, estos saberes evolucionarán al grado de convertir esa queja en enfermedades a las que hay que “curar” o suprimir completamente.

“Freud escuchó a los histéricos, y fueron ellos los que le enseñaron a callar, a no tratar de imponer sus preguntas, a dejar libre su discurso sin atadura a un prejuicio médico y religioso” (Israël, 1979, p. 225). Así, daría paso a una nueva forma de concebir ese sufrimiento y de construir en torno a él un saber que por fin logra vislumbrar que esa queja no se expresa para ser disuelta, sino para ser descifrada, y ver en ella una estructura que se levanta para mitigar el dolor que entraña la pérdida del goce absoluto sobre el cuerpo (Braunstein, 2006).

De este modo, la teorización freudiana considera como fuente del sufrimiento no una enfermedad derivada de una disfunción orgánica, tampoco el impacto traumático externo de un acontecimiento negativo, que en sus primeras concepciones contemplaba la seducción prematura del niño por parte de un perverso adulto (Freud, 1898/2006h), sino más bien el impacto interno producido

⁶ En el capítulo 2 veremos que el término “neurosis” nació en 1769, acuñado por el médico escocés William Cullen, para denominar las enfermedades nerviosas. Considero necesario resaltar la alusión al uso freudiano de la palabra debido a que, pese a su antigüedad y a la modificación que el término tuvo con la teoría psicoanalítica, actualmente sigue empleándose coloquialmente el sentido original implantado por Cullen para englobar todo lo referente a los “nervios”.

por la sexualidad que en el humano, como lo señala Nasio (1991), surge de una forma tan avasallante y desbordante que constituye por sí misma un trauma, y más cuando para el psiquismo supone una sexualidad incestuosa que requiere de una trama mítica -complejo de Edipo- para ser enfrentada y puesta a raya en favor de la racionalidad y la cultura.

Durante su auge, el psicoanálisis revolucionó parte del aparato conceptual en el que se sustentaba la práctica psiquiátrica y montó las bases del dispositivo psicoterapéutico que posteriormente contribuiría a la consolidación de la psicología clínica. No obstante, y a pesar de su legado e importancia para las ciencias psi, el positivismo y el boom de la psicofarmacología de mediados del siglo XX lo opacaron en favor del modelo biomédico que aboga por el uso de la palabra “trastorno mental” y las innumerables categorías diagnósticas.

Por lo tanto, respondiendo al primer cuestionamiento formulado al inicio de este apartado, podemos decir que en la actualidad lo que impera en el terreno “científico” de lo “mental” es la *biologización* del conflicto neurótico -aun cuando este sea inherente al sujeto, a las vicisitudes cotidianas de la vida o la dialéctica sujeto-sociedad-.

Para su tratamiento habrá dos vertientes: la política psicoanalítica y la política cognitivista, arropada por el enfoque biomédico (Sánchez, 2013). La primera, relegada en importancia, señala que en la consideración del síntoma es preciso tener en cuenta el inconsciente y la pulsión de muerte. La segunda, vinculada a la psiquiatría organicista, rechaza la dimensión del inconsciente y reduce el síntoma a un trastorno, prescindiendo totalmente de la palabra del sujeto.

La “medicalización de la vida” -término más exacto para definir esta biologización- revela esa relación de saber-poder que inquiere nuestra primera pregunta, y que es la que ha determinado un razonamiento psicológico basado en la práctica clínica médica, que hace de la queja neurótica un malestar, una entidad nosológica que a semejanza de una patología orgánica debe de *erradicarse*.

Un análisis más profundo sobre la “medicalización de la vida” fue realizado por Michel Foucault en 1974 (*Historia de la medicalización*); sin embargo, nos

apoyaremos en una definición más breve y actualizada, la de Braunstein (2013), quien la concibe como “una modalidad discursiva iniciada en el siglo XVIII, reforzada en la primera mitad del siglo XIX, y decretada oficialmente como política de los estados en el siglo XX, y con la cuál casi todos los aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos del saber médico, supuestamente científico” (p.33). Desde ésta perspectiva, todo debe objetivarse y cuantificarse a fin de generar un conocimiento estandarizado y demostrable según los cánones ideológicos de la normalidad y la anormalidad.

La medicalización impone una tecnología del manejo del sí mismo y el manejo del cuerpo en las esferas públicas y privadas. Así, la medicina en todas sus especialidades se convierte en el dispositivo dedicado a salvaguardar aparentemente⁷ el bienestar de la sociedad, volviéndose incluso una especie de aparato consejero del Estado que sugerirá, en base a sus conocimientos -incuestionablemente científicos- la implementación de estrategias normalizadoras. De ahí, que la institución médica, de acuerdo a Canguilhem (2011), sea la que ostente el poder de discernir lo que es normal o patológico en base a las reglas de comportamiento, así como la relación que debe de existir con el propio cuerpo y con el de los demás.

Todo lo que hoy constituye una queja en el *cuerpo* y que suscita una demanda de atención de quien la formula, recae en ese modelo biomédico. La queja se convierte a través de un procedimiento protocolario en una entidad nosológica: se observa, se mide –literalmente-, se interpreta y se rotula de acuerdo a una clasificación diagnóstica confeccionada para tales efectos, todo ello con el propósito de abordarla y, si es posible, suprimirla mediante los mecanismos que el propio sistema ha diseñado para tales efectos –psicoterapias, farmacología, etc.-. Es así como la práctica médica se establece y consolida como el único dispositivo social “científico” que vigila y controla las demandas dolientes de la

⁷ Clavreul invita a reflexionar sobre las intervenciones de la medicina en movimientos bélicos y nocivos como lo fue en el holocausto alemán, y en la actual mercantilización de la salud. Por ello refiere que “Una historia de la medicina fundada sobre el carácter “natural” del deseo de curar, está pues enteramente articulada en función de la ideología que la medicina contemporánea proclama” (Clavreul, 1983, p.72)

población, ya sean éstas de origen somático, o derivadas de un conflicto inter/intra personal.

Pero el arduo trabajo de Freud llevó a esclarecer que la histeria, el sufrimiento neurótico, y el comportamiento en general del sujeto van mucho más allá de una delimitación exclusivamente biológica y por consiguiente, de una medicalización objetiva.

En un inicio, Freud (1895/2006d) intentó formular una psicología fisiológica tratando de encontrar las bases neurológicas de la conducta normal y neurótica, muy en boga con el cientificismo de su época. Tomando en cuenta que la actividad de las estructuras nerviosas superiores constituye innegablemente el soporte biológico de la conducta, notó que había algo más que ello y que este modelo biologicista era insuficiente para explicar la complejidad subjetiva del ser humano. Así, gradualmente, construiría una nueva teoría con la que intentó explicar que el sujeto no llega a serlo por unas experiencias singulares ni por su desarrollo autónomo, ni solamente por la maduración neurológica ni por el despliegue de una libertad esencial, sino que está constituido como tal a partir de requerimientos emitidos por la estructura social y ejecutados por las instituciones, por los aparatos ideológicos del estado y la cultura, cuyos pilares son: la familia, la educación, la religión y los medios de difusión de masas.

Así, hoy nos topamos con dos hechos opuestos que al confluir componen la actualidad de la clínica: por un lado, nos dicen Prieto y Martín (2009), tenemos una práctica clínica *ebria* de positivismo que pretende estandarizar la queja neurótica inmanentemente subjetiva, y que mediante la confección de clasificaciones diagnósticas ha borrado de su discurso la palabra histeria, ignorándola o desdeñándola por no ajustarse a la precisión objetiva y biológica que tanto exige el modelo médico. Por el otro, tenemos un discurso metapsicológico, inaugurado por Freud, que además de mantener viva a la histeria, da cuenta de los procesos dinámicos que subyacen a la vida psíquica del hombre, y que explican gran parte de la naturaleza de los sufrimientos que hoy la psiquiatría y la medicina han transmutado en enfermedades somáticas –aparentemente de origen neurológico-

y para los cuales se requiere de una verdadera escucha analítica no sesgada ni apresurada por aquello que Ramos (2004) denomina *furor sanandi*.

En definitiva, lo que hoy prevalece en la clínica *psi* es el distanciamiento de la etiología genuinamente psicosocial y la renuncia a las aportaciones del psicoanálisis sobre el funcionamiento psíquico, todo ello a favor de una medicalización de la queja, lo que ha derivado en la supresión no sólo del término histeria sino de todas sus implicaciones por ser altamente incompatible con el paradigma médico y capitalista.

Esto no es algo nuevo, si consideramos que las raíces de esta tendencia se remontan al siglo XIX con la instauración del positivismo como doctrina filosófica, a través del cual deben legitimarse todas las ciencias para ser consideradas como tal. Desde el momento en que las prácticas médicas se apoyaron de las ciencias naturales (física, química, biología) para certificarse, desterraron de su campo de acción todo lo perteneciente al campo de la subjetividad por no ser susceptible a la medición objetiva y a la comprobación empírica.

Ya Thomas Szasz acotaba ésta escisión que surge de la concepción cartesiana del hombre como un ente dividido en cuerpo y alma, y las subsiguientes categorizaciones de los fenómenos que se circunscriben a esa partición:

El punto de vista orgánico está dictado por la conveniencia social, en cuanto las reglas del juego de la medicina se definen de modo que se recompensa la adhesión a dicho enfoque. La identificación empática del médico con el paciente exige adherirse al punto de vista psicológico. Ésta dicotomía se refleja en los dos métodos científicos contemporáneos básicos, o sea, el fisicoquímico y el psicosocial. Desde tiempos de Charcot y Freud, se consideraba que sólo el primer campo pertenecía a la ciencia, el interés por el segundo era sinónimo de charlatanería (Szasz, 1976, p.43).

Por supuesto que con el psicoanálisis, Freud abre camino a un método clínico que difiere de aquel establecido por la medicina; la palabra y la escucha vienen a introducirse como los principales medios de acercamiento y comprensión del sujeto, más que la mirada empírica y la experimentación objetivas propias de

la práctica médica positivista. Así, Freud introduce un enfoque basado en la dinámica del inconsciente –cifrado en el lenguaje, más que en algún órgano *per se* del cuerpo-, con el que intentaría modificar el discurso fundamental de la psiquiatría (Maleval, 2009).

El psicoanálisis se asienta pues como una disciplina científica en pleno derecho, cuyo principal objetivo es aclarar el significado inconsciente de las palabras, actos, sueños, delirios y demás expresiones humanas (Laplanche y Pontalis, 1996). Además de ser un método terapéutico surgido de ésta indagación, ha logrado erigirse y consolidarse como una verdadera epistemología de la psique.

υστερία

Hemos adelantado ya las razones por las que la histeria ha ido desapareciendo del discurso clínico actual; que en otras palabras, tiene mucho que ver con la supresión de la particularidad en favor de la objetividad demandada por el positivismo. Reitero que ese es el punto de partida para seguir una línea genealógica que nos lleve a entender la evolución conceptual y epistemológica de la histeria en relación a la historia de la clínica occidental.

Teniendo también como punto referencial al psicoanálisis, consideremos las palabras de Soler (2006) que señalan que a la histeria no hay que “verla” como una enfermedad, sino más bien “escucharla” como una estructura de lo inconsciente que depende del lenguaje. Por lo tanto, si la histeria está articulada en el lenguaje, sus manifestaciones han seguido –y seguirán- la evolución cultural y social; es decir, *los síntomas*⁸ de la histeria estarán sujetos a la ideología imperante de cada época, pues mientras exista el lenguaje, habrá histeria.

⁸ En medicina, los síntomas son las manifestaciones perceptibles de una enfermedad subyacente que de otro modo podría seguir no ser detectada. En psicoanálisis, si bien, Freud siendo médico concibe de primer momento las manifestaciones clínicas de la neurosis como síntomas “nosológicos”, el término permaneció, pero el sentido se torna distinto. Los síntomas se refieren básicamente a las manifestaciones perceptibles de la neurosis, vale decir, a formaciones del inconsciente que siempre constituyen una transacción entre dos deseos conflictivos. La originalidad de Lacan, posterior a los planteamientos Freudianos, reside en que entiende los síntomas neuróticos en términos lingüísticos, es decir, los síntomas están en sí mismos estructurados como lenguaje, por lo que no es precisamente un significante en el sentido médico (Evans, 2010, p.181)

Aclaremos que el psicoanálisis no pretende hacer de todo fenómeno clínico una manifestación de la histeria, empero, tal como lo refiriera Lacan (2004) en el seminario “*El reverso del psicoanálisis*”, la insistencia de la histeria en la cultura puede estar en el origen del deseo que dio nacimiento a la ciencia, y más específicamente a la medicina, que ha hecho de la queja y el sufrimiento sus objetos de estudio.

Precisamente fue desde el siglo XIX que empezó a articularse un nuevo modo de entender a la conducta humana y a las aflicciones del cuerpo. Delirios, alucinaciones, actos violentos o pasiones irrefrenables, hechos que hasta ese momento concentraban la preocupación de médicos y alienistas se vieron complementados por un conjunto cada vez mayor de comportamientos cotidianos que empezaron a tomarse como cuestiones anómalas que, al igual que la locura, requerían intervenciones terapéuticas. Es así como emerge un nuevo campo de saber que posibilita que situaciones habituales como la tristeza profunda, el nerviosismo, la sexualidad, el abuso de sustancias tóxicas y los más diversos desvíos de comportamiento pasen a ser, poco a poco, objeto de discursos e intervenciones médicas. Es en esta etapa de la historia en la que nace la psiquiatría, pero también la histeria... sí, la histeria “enfermedad”, la histeria como patología aprehendida por ese nuevo discurso médico, la histeria que a la postre enaltecerá Charcot y constituirá la materia prima del psicoanálisis.

Lo anterior a esta época no será más que pura arqueología. Un punto de partida retrospectivo y totalmente necesario para que la ciencia médica pudiera asentar históricamente el origen de tan compleja “enfermedad”. Y es que había que poner un nombre a ese amplísimo abanico de síntomas que confundían a los nuevos científicos del cuerpo, y cuya anatomía *vesaliana* no era suficiente para explicarla. Inflammaciones, parálisis, anestias, síncope, insomnio, angustia, espasmos, dolores de cabeza, mareos, etc., parecían no ajustarse al modelo de causalidad básico que exigía la medicina, y más cuando parecían ser una constante en las mujeres de la época. *Hystérie* es el nombre con el que la medicina francesa designará al padecimiento y a toda una tradición posterior.

El enigma encontró su raíz nominal en la antigua Grecia. La psiquiatría, el psicoanálisis, e incluso la anatomía y la fisiología deben el término de υστερία (hysterá) a Hipócrates. André, Lanovziére y Richard (1999) refieren que con esta palabra el médico griego significó no solamente al órgano femenino, sino también a sus diversas tribulaciones, ya que para él y sus discípulos la υστερία procrea pero también causa sofocos por ser mórbida y errante.

A lo anterior, se agrega una referencia que Platón hace de una cierta enfermedad provocada por el desplazamiento del útero. En el *Timeo* escribe textualmente “En las mujeres lo que se llama matriz o útero es un animal que vive en ella con el deseo de hacer niños. Cuando permanece mucho tiempo estéril después del periodo de la pubertad apenas se le puede soportar; se indigna, va errante por todo el cuerpo, bloquea los conductos del aliento, impide la respiración, causa una molestia extraordinaria y ocasiona enfermedades de todo tipo”.

Fuente (2011) señala que el principal avance cultural de los griegos fue sin duda la aplicación sistemática del razonamiento objetivo a la comprensión de la naturaleza y de las experiencias humanas. El uso del razonamiento científico prevaleciente en la escuela griega de Cos, fue lo que permitió a Hipócrates y a sus discípulos realizar observaciones clínicas e inferir a partir de ellas conceptos que revolucionarían el pensamiento animista.

Mediante este método racional, se creó que el llamado padre de la medicina –científica-, llegó a concluir que todas las enfermedades y sufrimientos tenían causas naturales, pues todo residía en el equilibrio humoral del cuerpo. De acuerdo con éste punto de vista, la salud descansa en la perfecta armonía de los humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) con sus cualidades que los acompañan (calor, frío, sequedad y humedad). La enfermedad en general y todas las enfermedades en particular tienen por causa el desequilibrio de estos elementos.

Postel y Quérel (2000) señalan que para Hipócrates no había una separación entre enfermedades del alma y padecimientos del cuerpo; todas eran concebidas como enfermedades físicas y podían explicarse fisiológicamente

mediante la teoría de los humores; y lo más importante, todas implicaban tratamientos somáticos.

En el caso de la υστερία, a pesar de tener como principal factor la sexualidad, hubo que detallar su etiología en términos de la teoría humoral: la continencia sexual facilitaba la sequedad del útero y propiciaba su desprendimiento para buscar en otros órganos la humedad necesaria, o bien, la inactividad sexual favorecería la retención de una sustancia -que sólo liberada durante el coito- corrompería y transmutará en un veneno que se propaga por el interior del cuerpo.

La υστερία, relata Ramos (2006), se presentaba con mayor frecuencia en las mujeres vírgenes, las viudas jóvenes y las mujeres en retirada de su regla. En el caso de que el origen fuese el congestionamiento tóxico, la sintomatología se caracterizaría por desvaríos, sopor, conducta delirante y alucinaciones. Pero si el útero se había desprendido, el desplazamiento por sí sólo producía a la mujer un fuerte dolor y la sensación de sofocación, y a esto se añadiría el cuadro clínico que dependería del destino final de la matriz en el cuerpo; por ejemplo, si se lanzaba al corazón habría opresión, fatiga, y fuertes palpitaciones, en el caso de que la matriz se proyectara a los hipocondrios ocasionaría en la enferma dificultad para respirar y dolores de cabeza.

La terapéutica de la υστερία será la misma que para las perturbaciones del útero egipcias: fumigaciones malolientes por la nariz y agradables aromas intra-genitales. Aunque respondiendo a la lógica de la teoría humoral, el restablecimiento del equilibrio perdido no vendrá dado más que por la relación sexual; así que lo que Hipócrates sugiere a las enfermas es tomar esposo lo más rápidamente posible –o en las viudas, volver a contraer matrimonio.

A la par de la υστερία, dentro de la escuela hipocrática surgirá también la ὑποχόνδριον (*hipocondrio= debajo del cartílago*) que designa lo que hay debajo de las costillas y sus respectivos padecimientos. En la escuela de Cos el término ὑποχόνδριον será el equivalente a la υστερία en el varón, especialmente porque comprende síntomas de malestar digestivo combinados con melancolía que se

creía provenían del bazo y otros órganos del hipocondrio, región situada bajo la caja torácica.

La tradición médica de la υστερία y de la ύποχόνδριον se extenderá hasta Roma y prevalecerá los primeros años de nuestra era con Celso y Areteo de Capadocia; a éste último se debe la primera concepción de una υστερία masculina, pues observó y registró la similitud del síntoma paroxístico de la ύποχόνδριον en algunos varones atribuyendo la causa de esto a una forma de υστερία pero sin útero y no localizable en el hipocondrio (Álvarez, 2006).

Galeno, figura significativa también para la historia de la medicina, realiza una importante aportación a la υστερία. Continuando con la idea hipocrática de la retención de sustancias y el desequilibrio corporal, especifica que el fluido seminal, secretado durante la actividad sexual, es el origen de la υστερία. El antiguo médico aseveró que la abstinencia sexual saturaba al cuerpo de este fluido, que al no verse liberado se corrompía y enfermaba al cuerpo, dando por resultado las manifestaciones de la υστερία y de la ύποχόνδριον -dolores somáticos y aflicciones del alma-.

Galeno precisa utilizar υστερία para referirse al padecimiento tanto en hombres como en mujeres, pues υστερία no sólo apunta a la región genital, sino también alude al tipo de sustancia retenida: la semilla de la vida. El hipocondrio al no tener nada que ver con la pasión histérica es omitida, y Galeno no tiene empacho en utilizar άνδρός υστερία (*androphysteria*) en vez de ύποχόνδριον. Así, para Galeno, la retención de la semilla generadora enfriará el cuerpo, corromperá la sangre e irritará el alma, en otras palabras desatará la υστερία ya sea en la mujer o en el hombre (Chauvelot, 2001).

André et al. (1999) consideran a Sorano de Éfeso como pionero en la concepción psicodinámica que confiere a la sexualidad un papel importante en el origen de la υστερία. Sorano comulgó con el resto de sus contemporáneos con respecto a la etiología de la υστερία; sin embargo, él agregó que no era posible explicar llanamente la falta de relaciones sexuales como desencadenantes de la υστερία, pues observa que si en los animales la edad del acoplamiento está fijada fisiológicamente, en los seres humanos los sentidos y la imaginación la hacen muy

variable y diferente; de este modo deja abierta la puerta para conjeturar las razones por las que pudiera darse una falta o un exceso de actividad sexual. En este sentido, Sorano de Éfeso se acerca mucho a la teoría pulsional de Freud y a una conceptualización psicológica de la sexualidad más que a la mera función biológica.

Ahora bien, sabemos que gran parte de la metodología que emplea la práctica médica actual se apoya arqueológicamente sobre el modelo racional aplicado por la antigua escuela de Cos; de esta forma, el estudio de las enfermedades siguió la metodología racional hipocrática, a la que posteriormente se le añadirá el dualismo cartesiano del siglo de las luces.

Sin embargo, el legado del *corpus hippocraticum*, y al que nuestra investigación agradece, es lo que parece ser la antigua concepción de un ser humano indivisible, afectado en su totalidad por el desequilibrio interno; y si la υστερία ya era tratada, aparentemente, como un objeto nosológico puro de características orgánicas, no se remite a una expresión aislada de sufrimiento, sino al cuerpo en su totalidad. Por lo tanto, la υστερία griega puede considerarse un referente antiguo a la histeria psicoanalítica: aquella que intenta dar cuenta de esa realidad psico-somática inherente e indivisible de la naturaleza humana, realidad que también comporta un vínculo con otros cuerpos.

Como ya lo habíamos planteado, la genealogía busca descifrar la relación entre poder y conocimiento, ya que “la emergencia de todo conocimiento va siempre ligada a una voluntad de dominar” (Strathern, 2002, p.66). En nuestro tema, el discurso médico y psiquiátrico no son más que la expresión con apariencia científica de las tradiciones e ideas reinantes de cada época; en este sentido Astudillo, Esteban y Álvarez. (2010) han concluido que las doctrinas médicas sobre la υστερία -desde la concepción griega hasta las actuales- han consistido en concebir a la mujer como un ser de segundo orden, destinado únicamente a servir a los placeres sexuales del varón y a ocuparse de la crianza de los hijos. Naturalmente, es de suponer que los médicos educados en semejantes doctrinas hayan otorgado un papel principal al útero en ciertas afecciones. Por ello se habla de la enfermedad de un órgano: de un órgano del

cuerpo, de un órgano dentro del cuerpo que concierne al *género*, y por lo tanto, de la totalidad de un cuerpo: el de la mujer, y más precisamente el cuerpo de la mujer en sus relaciones con el hombre, en la medida en que las relaciones sexuales o su ausencia modifican su equilibrio y hasta la topografía de sus órganos.

Julien (2002) interpreta que la υστερία era una manifestación del rechazo a la dominación masculina ya prevaeciente en esa época; y el modo en que se expresaba el reclamo de la autoridad del hombre sobre la mujer (y sobre los débiles, en el caso de la υστερία masculina ya esbozada en esos tiempos). Y desde ésta postura masculina, la definición de υστερία expresa el lugar de la mujer como víctima -que sufre orgánicamente por no poder unirse al hombre- o bien, como lo señala Borrosa (2001), de sujeto rebelde que rehúsa a someterse al hombre a través del sexo.

Con estas últimas líneas, van apareciendo las bases del discurso histórico planteado por Lacan, y con el cual es posible hacer una interpretación de la υστερία, que va más allá de situarla médica y psiquiátricamente como el primer referente histórico-clínico de la histeria. De entrada, la υστερία expresa la aparición de una etimología que asigna un nombre a un órgano del cuerpo femenino y al mismo tiempo instituye un símbolo para ese cuerpo de mujer en relación con el hombre - en este caso al hombre-en su estatuto de médico-Amo⁹.

Al hacer referencia a una rebelión o una victimización, los autores que citamos en esas líneas abren la posibilidad de sustraer los elementos que conforman el lazo social y para el cual Lacan desarrollara la concepción de histeria. Por un lado tenemos al sujeto doliente, que ya sea como víctima o como rebelde, se posiciona en un lugar con respecto a otro, y desde ese lugar reclama con su sufrimiento a ese Otro. La mujer griega, ante el enigma de su femineidad con relación al hombre que se impone como Amo, despliega una serie de síntomas somáticos que promueven en ese Otro masculino la producción de un

⁹ Melman (1984) dirá que si el discurso de la histérica es, para los otros, expresión de patología, su presencia entre ellos, con la misma razón, interroga lo bien fundado de la "normalidad" de aquellos. La aparición del psicoanálisis recusa la delegación hecha al discurso histórico de tener que representar la patología cuando los otros dos (el del Amo y el universitario) la suscitan y la mantienen por su pretensión totalitaria. Su vocación al totalitarismo es así el índice patológico inaugural y sólo en segundo lugar su expresión histórica, como manifestación de un sufrimiento que se acusa por llevar consigo la falta (p.38).

saber –científico- a fin de descifrar la causa de ese sufrimiento que de acuerdo a los tratados hipocráticos involucra el soma y la psique.

De esa manera la *υστερία* constituye el nacimiento de una etimología que delimita y evidencia por primera vez en la historia la producción de un supuesto saber-médico con respecto al sufrimiento que acarrea la condición de “sujeto de deseo”. En otras palabras, la *υστερία* enmarca un simbolismo de la insatisfacción, quizá ubicado intuitivamente en las relaciones sexuales por ser un aspecto más tangible e inmediato para referirlo; aunque sabemos bien que el psicoanálisis remite a esa insatisfacción que se articula en la sexualidad, pero no en la genitalidad sino en el deseo.

Pecado, Posesión y Brujería

La inserción del capítulo medieval a la historia de la histeria es una de las grandes aportaciones del famoso neurólogo Jean Martin Charcot (1823-1893). Pocos años antes que él, Jules Michelet (1798-1874) ya había considerado que detrás de la bruja medieval se encontraba la histérica; incluso Mannoni (2002) menciona que tres siglos atrás, Edward Jorden (1569-1633) ya describía la “sofocación de la matriz” como una enfermedad del espíritu que aquejaba a aquellas acusadas de brujería. Sin embargo, será Charcot quien al introducir una serie de argumentos positivistas otorgaría peso científico a éste descubrimiento.

El interés de este médico francés apuntaba más a establecer un criterio diagnóstico, que a desentrañar las verdaderas causas de la histeria. Su meta era describir objetivamente el cuadro clínico con el que pudiera distinguirse del resto de las patologías genuinamente neurológicas; de esta manera la histeria adquiere una base clínica más compatible con el discurso médico imperante de la época.

Lo más sobresaliente de esa conceptualización francesa de la histeria y que para fines de este apartado conviene citar únicamente, es la descripción de un cuadro clínico compuesto por cuatro fases definido por Charcot y que Pérez-Rincón resume convenientemente:

- 1) La fase epiléptica, precedida por un aura y caracterizada por un estado de rigidez y palidez; 2) la fase de los grandes movimientos: clónicos,

contradictorios, ilógicos, gesticulaciones ridículas y teatrales con gran intensidad emotiva; 3) las actitudes pasionales y, 4) el delirio terminal, generalmente acompañado de llantos, risas, sollozos, etc. (2011, p.57)

Estas cuatro fases definieron a la *Grande Hystérie* de Charcot. Su inclusión a este apartado medieval obedece a que, mediante este esquema clínico, el neurólogo y sus discípulos¹⁰ emprendieron la búsqueda de esta sintomatología en el pasado, valiéndose de la lectura de textos antiguos y el análisis de algunas obras de arte. Showalter (1997) narra que esta práctica historiográfica y clínica fue referida como “medicina retrospectiva” y con la cual, Charcot y sus colegas demostrarían que aquellos textos y pinturas medievales, en donde se ilustraban casos de posesión demoniaca y actos de brujería, correspondían en realidad a manifestaciones de la histeria.

Los médicos de la Salpêtrière establecieron que lo que se observaba en las pinturas alusivas a la posesión diabólica correspondía en buena medida al ataque histérico, y más específicamente a las fases dos y tres del cuadro clínico. La posición en que se perfilaba el cuerpo “poseído” remitía a la fase de los movimientos contradictorios y teatrales de la histeria. Así mismo, los relatos de brujería mostraban que las referencias al diablo y los supuestos poderes sobrenaturales que confesaban poseer las víctimas de la inquisición, eran realmente delirios, muy acordes con la etapa final del ataque histérico.

Ferber (1997) menciona que entre 1874 y 1897 varios miembros de la Escuela de la Salpêtrière, con la inspiración de Jean Martin Charcot, publicaron una serie de trabajos clínicos e históricos agrupados bajo el nombre de *Bibliothèque Diabolique Bourneville*. Estos representaron el auge de la medicina retrospectiva de Charcot, cuya intención no era otra sino la de ratificar que en la Salpêtrière se había identificado un fenómeno perenne en la historia de la humanidad, quizá siempre incomprendido, pero con marcas indiscutibles de su existencia y determinado por un orden preestablecido que involucraba a una ley natural.

¹⁰ Entre los que se encontraban Gilles de la Tourette (1857-1904) , Gabriel Legué, Paul Richer (1849-1933), Charles Richot (1850-1935), Paul Regnard (1850-1927), etc.

De esta manera, la asociación de la histeria con la brujería y la posesión demoníaca complementa ese salto temporal que en el discurso clínico -previo a Charcot- se situaba entre la histeria griega y la *histeria-enfermedad-nerviosa* del siglo XVIII. Ello constituyó la herencia de Charcot a la historia psiquiátrica de la histeria, y por supuesto al psicoanálisis, ya que, no obstante y pese haberse guiado únicamente por los signos somáticos, Charcot abre la puerta a las futuras interpretaciones de S. Freud.

Es bien sabido que el interés de Freud por la histeria surgiría durante su estadía en París con el maestro Charcot. De éste último no solo recibiría una importante influencia para su posterior conceptualización de la histeria, sino también replicaría de aquél el interés por el ocultismo, lo demoníaco y la brujería.

Algunas de las primeras obras de Freud hacen referencia a lo que hemos expuesto anteriormente sobre Charcot y la histeria medieval. En "*Informe sobre mis estudios en París y Berlín*" (1886/2006a) Freud enuncia algunas ideas extraídas de la enseñanza del afamado neurólogo; entre ellas menciona que los rasgos somáticos tan distintivos de la histeria ya eran conocidos en la Edad Media, sólo que interpretados y valorados en función de las ideas imperantes de la época.

Años después, en la nota necrológica que elaboraría tras el fallecimiento de Charcot (1893), Freud vuelve a enfatizar en este tema. Apuntando a las hipótesis de la escisión de conciencia, que en ese entonces se formulaban en función a la etiología de la histeria, menciona:

En efecto, la Edad Media había escogido esta solución (de la escisión), declarando que la posesión por un demonio era la causa de los fenómenos histéricos; sólo habría sido preciso sustituir por la terminología científica del presente las expresiones que la religión dictaba en aquella edad oscura y supersticiosa. Charcot no tomó este camino hacia el esclarecimiento de la histeria, y ello a pesar de que espigó abundantemente en los informes conservados sobre procesos de brujería y de posesión a fin de probar que los fenómenos de la neurosis habían sido en aquel tiempo los mismos que hoy (Freud, 1893/2006f, p. 21).

A diferencia de Charcot, Freud no solo verá en estos fenómenos expresiones sintomatológicas de la histeria, sino también comenzará a aplicar sus planteamientos psicológicos en torno al simbolismo que estos fenómenos entrañan. En la correspondencia con Fliess, especialmente en las cartas del 17 y el 24 de enero de 1897, Freud le expresa su interés por el tema y sus hipótesis respecto a ello:

¿Te acuerdas que siempre dije que la teoría de la Edad Media y de los tribunales eclesiásticos sobre la posesión era idéntica a nuestra teoría del cuerpo extraño y la escisión de la conciencia?- Pero, ¿por qué el diablo, tras posesionarse de esas pobres, comete con ellas unas lascivias de lo más asquerosas? ¿Por qué las confesiones en el potro son tan semejantes a las comunicaciones de mis pacientes en el tratamiento psíquico? La historia del diablo, el léxico popular de insultos, las canciones y usos de los niños, todo ello cobra significatividad para mí. (Freud, 1892/2006c, p. 284)

Esto evidencia el apasionamiento de Freud por el tema, y aunque en sus posteriores obras ya no hace referencia directa a ello, el texto que ilustrará un poco más el tema del diablo y su relación con la histeria, es el denominado "*Una neurosis demoniaca en el siglo XVII*" (1923). Allí, mediante un examen clínico retrospectivo de la vida del pintor alemán Chriz Heizman, Freud presentará una interpretación psicoanalítica de una neurosis referida en aquel entonces como una posesión demoniaca, indudablemente un caso de histeria, y por cierto, una histeria en un sujeto varón.

Desde entonces, y bajo esta nueva perspectiva que ofreció el psicoanálisis - inducida por Charcot-, pueden interpretarse y entenderse con mayor profundidad aquellos fenómenos supersticiosos tan característicos de la Edad Media; no se trata solamente de atribuirles escuetamente una etiqueta diagnóstica, sino de ver en ellos los síntomas de un contexto sociocultural dominado por el auge de una religión.

De esta forma, la designación de pecado, posesión y brujería, como formas de conceptualizar a la histeria medieval, resulta de la elucidación de los modos

que adoptó gradualmente el discurso histérico detrás de esos fenómenos tan característicos de la Edad Media; y que fueron apareciendo en función de los recursos con que la Iglesia se apoyó para implantar su moral cristiana; una moral creada básicamente para contrarrestar el cuestionamiento, la insurrección, y el goce de los cuerpos. Aquí lo divino, lo pecaminoso y la superstición operaron sucesivamente en la alineación de la cultura y por consiguiente, de la subjetividad.

a) El pecado y el culto al cuerpo muerto:

La historia nos dice que tras la caída del Imperio Romano en el siglo V, la Iglesia se convirtió en la autoridad dominante de Europa occidental; poder que conservaría durante casi mil años. Con ello, la herencia cultural grecorromana se fue desvaneciendo y Europa se hundiría en lo que se ha conocido como la “Edad Oscura”. La Iglesia a partir de ese momento ostentaría el monopolio del saber al instituirse como la única portadora de la verdad y por ende, de las normas de la razón y del pensamiento.

El sustrato de éste saber teológico cristiano lo encontraremos en la filosofía de San Agustín de Hipona¹¹, la cual, dirigirá prácticamente todo el esfuerzo intelectual de los primeros siglos del cristianismo. A partir de ella también se desprenderán las actitudes religiosas con respecto al sufrimiento y el goce, mucho más allá de lo que hoy definimos como salud y enfermedad.

Lo que caracterizará el pensamiento de San Agustín, es la persistente búsqueda del origen del mal. Su obra capital *Sobre el Libre Albedrío* (395), explica la voluntad como fundamento para elegir entre la bondad y la maldad. Allí, el origen del mal se encuentra en la nada, no como una sustancia sino más bien como la ausencia o deficiencia de algo.

¹¹ Aurelio Agustín nació el año 354 d.C. en Tagaste, una pequeña ciudad de provincia en el norte de África, hijo de madre cristiana (Santa Mónica) y de padre pagano. Durante un tiempo profesó el maniqueísmo, religión que entiende el bien y el mal como fuerzas duales que rigen el universo, pero la influencia del arzobispo Ambrosio de Milán hizo que se sintiera atraído por el cristianismo. En el año 386, tras sufrir una crisis espiritual, se convirtió, de tal suerte que abandona su carrera y se dedica a escribir obras cristianas, casi todas de elevada naturaleza filosófica (*Sobre el Libre Albedrío*, *Confesiones* y *Ciudad de Dios*). En el año 395 fue nombrado obispo de Hipona (norte de África), cargo que ocupó hasta su muerte, a los 75 años de edad, durante el asedio y el saqueo a que los vándalos sometieron a dicha ciudad. (Buckingham, Burnham, Hill, King, Marenbon, & Weeks, 2011, p. 73)

Para San Agustín lo que existe es bueno porque Dios lo ha creado, de tal modo que el mal es una privación, es la ausencia, lo que no existe y debiera de existir, puesto que “no hay naturaleza contraria sino la que no es, pues a lo que es, se opone, o es contrario el no ser, y por eso respecto de Dios no hay esencia alguna contraria” (San Agustín, 398/2000, p.319)

La vuelta hacia la *nada* es lo que subyace a toda mala voluntad y que después deviene en una mala obra; y la obra más perversa y fuente de todo pecado es la *soberbia*, que San Agustín define simplemente como el mirar hacia sí mismo. Esto implica darle la espalda a Dios ya que, en palabras del santo, “dejar la unión del que es sumo por lo que es menos, es empezar a tener mala voluntad, [...] es pasar de lo sumo a lo menos” (398/2000, p.323); porque cuando el hombre apeetece más para sí y en sí mismo, en realidad se está dirigiendo a la nada.

La idea de San Agustín es que el hombre que vive conforme a sí mismo vive en la mentira, pues declinando su origen como obra de Dios, se sustrae de la grandeza del ser supremo volviéndose hacia la nada. Y cuando se hunde en la nada, el alma cae en pecado, el cuerpo se corrompe y se vuelve presa de vicios, molestias y males, que si bien son sentidos en el propio cuerpo, constituyen en realidad la herencia del pecado que pervirtió el alma.

Aunque es un hecho que con el cuerpo de un modo u otro se *siente* y se sufre, para San Agustín es solo un instrumento del alma, cuya vida no es más que el trayecto para reencontrarse con Dios. El cuerpo se convierte así en un lugar de batalla entre el bien y el mal, -entre el deseo de mirarse hacia sí mismo y el mirar hacia Dios-, por lo que en cada sufrimiento corporal se revelará el triunfo del mal sobre el bien.

Para San Agustín, el máximo representante de la soberbia y que ejemplifica esa vuelta hacia la nada es el Demonio. Originalmente siendo un ángel que gozaba de la gloria divina, el demonio es el primer sujeto que -no queriendo referir a Dios su fortaleza- decide mirar hacia sí mismo, cayendo en el abismo de la nada como condena por volver la espalda a Dios. Aunque éste ángel se convierte en un ser miserable, se alza como el representante de la vuelta hacia el cuerpo terrenal, y como principal promotor de los vicios que suscita ese cuerpo desposeído de

alma bondadosa. Ligada ésta figura maligna al gozo y al sufrimiento corporal, la religión cristiana precisa considerar pecaminoso y/o demoniaco todo aquello que aluda al cuerpo y a sus pasiones.

Es así como el pensamiento de San Agustín, integrado al discurso eclesiástico, inaugura una moral cristiana mucho más rígida que la del propio judaísmo; una moral basada en la renuncia al cuerpo¹² y a todo lo terrenal, en favor de una exaltación excesiva de lo espiritual, la humildad y el sometimiento a la Iglesia como única y verdadera representante de la divinidad.

Este discurso innegablemente tendrá un impacto en la subjetividad del sujeto, y como tal, en la expresión del sufrimiento neurótico; ya que por un lado, favorecerá el distanciamiento del sujeto con respecto a su propio cuerpo -ya de por sí *castrado*¹³ por el lenguaje mismo-; y por el otro, amplificará y perpetuará el enigma femenino al ser una doctrina eminentemente fálica¹⁴ que suprime a la mujer y la excluye de cualquier goce restringiéndola solamente a la maternidad.

En este punto es donde se puede inscribir la histeria de los primeros siglos cristianos: el pecado, traducido en una demanda de un saber sobre el cuerpo, un cuerpo que parece extraviado de sí mismo pues está atravesado por la culpa y el

¹² Fácilmente puede referirse comúnmente a la represión sexual, sin embargo, para el psicoanálisis la sexualidad queda inscrita en todo el cuerpo, por lo que la renuncia al cuerpo queda limitada a todo tipo de deseo.

¹³ El concepto de castración, en la teoría psicoanalítica, no se refiere a la acepción corriente de mutilación de los órganos sexuales masculinos, sino designa una experiencia psíquica compleja e inconsciente, decisiva (primeramente en Freud), para la asunción de la futura identidad sexual. La castración recae sobre el falo, que no es propiamente el pene (como corrientemente se le ha malinterpretado a Freud y a toda la teoría psicoanalítica en general) sino el significante o palabra que nombra el elemento organizador de la sexualidad humana (Nasio 1988, p. 15-16) Posteriormente, para Lacan, la castración es una operación simbólica que determina una estructura subjetiva, y que es la que introduce al sujeto en el mundo del lenguaje y por consiguiente en su calidad de ser-hablante -o ser humano-(Chemama y Vandermerch 2010, p.77)

¹⁴ La primacía del falo no debe ser confundida con una supuesta primacía del pene, como tanto se le ha achacado a Freud. El descubrimiento de Freud, a partir de la experiencia clínica, fue ver que la conducta del ser humano tanto normal como "anormal" se encuentra regida, por la sexualidad -no lo genital-, y que esa sexualidad está articulada en el lenguaje, en función de lo que Lacan definirá como el significante del Falo. Freud encontró que la evolución sexual infantil y adulta -y por lo tanto el lenguaje- surgen a partir de la posición con respecto a ese falo. El falo, si bien, entraña una representación del órgano sexual masculino, no es una alusión literal al pene, sino es un referente a la presencia o ausencia de algo en el cuerpo que determina a partir de ello el lugar que el sujeto tiene que adoptar en su calidad de ser humano. Es decir, la sexualidad y el lenguaje se instauran a partir de la concepción de tener o no tener; de pensarse como seres que lo tienen (hombres) y que no lo tienen (mujeres). En este sentido, la mujer es considerada un ser sin falo, es decir, la mujer está definida desde el falo, como un ser que no lo tiene.

temor; un cuerpo acorralado para complacerse pero también para sufrir, puesto que ambas salidas encarnan el mal. Ante este dilema, la Iglesia ofrece al sujeto como respuesta y al mismo tiempo como un paliativo, la creencia glorificada en la muerte, planteada como puerta a la vida eterna y lugar de salvación en donde se encontrará respuesta a todos los misterios que en vida atormentan y confunden al hombre.

Para la doctrina cristiana, la muerte se convierte en un anhelo; la recompensa a una vida terrenal llena de sufrimientos y tentaciones, y el único medio por el cual el alma podrá despojarse de la corruptibilidad del cuerpo y alcanzar la vida eterna. Pero mientras el sujeto vive y padece por pecador, una de las formas que lo pueden acercar a ese deleite celestial, y que al mismo tiempo constituye un remedio a sus sufrimientos y al perdón de sus pecados, es el culto a los santos, y en estos primeros siglos del cristianismo el culto a los mártires cristianos.

La santidad es una virtud que alcanzan solo aquellos que han optado exclusivamente por el camino del bien mirando siempre hacia Dios; y mejor aún, si han elegido morir en nombre de Dios dando su vida en defensa de su fe y la religión cristiana. La persecución de cristianos en manos de emperadores romanos, será la oportunidad para miles de personas que, defendiendo su fe, se entregarán perversamente al goce del martirio.

Báez (2011) declara que el martirio en nombre de Dios era el móvil de la manifestación más idealizada de la fe cristiana y por lo tanto, una manera certera para alcanzar las promesas de salvación. Así pues, el mártir es aquél sujeto que alcanza el estado ideal, libre del pecado y de las inmundicias de la carne, y que se vuelve testigo de la fe estableciendo un puente entre el mundo terrenal y el mundo espiritual; transformándose así no sólo en un intercesor de los pecadores ante Dios, sino también el máximo ideal de la vida cristiana.

De este modo, los restos del mártir y su “santo” sepulcro se convierten en algo realmente “precioso”, pues una comunidad cristiana que tiene su mártir es mucho más fuerte que la que no posee uno y que tiene que salir a rezarle a otro. El cuerpo muerto atrae a millones de peregrinos y enfermos desde lugares

lejanos, los restos se revelan como remedio a las aflicciones y sufrimientos somáticos de los pecadores -cuyos cuerpos sucumbieron soberbiamente al goce maligno-. Así, un santuario se convertirá en un lugar de poder y de riqueza para la Iglesia, y por lo tanto un lugar de expresión para la histeria. Millones de testimonios se encuentran plasmados en el arte y en leyendas que relatan los milagros producidos por éstas figuras. El mismo San Agustín en su obra *Confesiones*, refiere la gran cantidad de milagros acaecidos en Milán tras el descubrimiento de los cuerpos de los mártires San Gerbasio y San Protasio.

El poder sobrenatural y taumatúrgico de los *corpo-santos*¹⁵ constituye de este modo el recurso sanador al sufrimiento neurótico que deviene en forma de pecado -aflicción del alma y queja somática-. Son el recurso *terapéutico* instaurado por la Iglesia-Amo y ofrecido como saber a aquello que el cuerpo histórico-pecador demanda en una cultura religiosamente punitiva. Podríamos decir que los cuerpos de los mártires simbolizan en la tierra el goce celestial que los mundanos creen haber perdido y que sus penas son la forma de representar esa búsqueda.

El polimorfismo sintomático de la histeria cristiana, aludiendo al cuerpo, puede entreverse en el patronazgo que adquirieron varias de éstas figuras santas; determinadas reliquias curaban o -podría decirse-, se especializaban en un determinado padecimiento: fiebres, parálisis, cegueras, dolores de cabeza, etc., algunas de ellas debían su especificidad curativa aludiendo al tipo de martirio que el santo en cuestión había sufrido, o a la parte del cuerpo en que recayó directamente el suplicio. Los síntomas de la estructura histérica pueden entreverse en el pecado y el culto al cuerpo muerto como recurso sanador y depositario de culpas. Además, se puede insinuar que el culto a las reliquias -aún vigente, pero ya más generalizado en la actualidad a las demás imágenes religiosas- encuentran hoy su símil en la vasta cantidad de remedios que el discurso médico - a la par con la fe- ha desarrollado para igual cantidad de padecimientos, que más adelante podremos corroborar, siguen siendo resultado de ese saber demandado por la histeria.

¹⁵ Nombre común con el que a partir del siglo XVIII se empezó a denominar a estos cuerpos relicarios.

b) Posesión demoniaca:

Entre los siglos VII y XIII la creencia en el Diablo se desarrolló con mayor fuerza que en los siglos anteriores. Aun cuando la noción del demonio ya había sido acotada desde antes, su influencia durante la Baja Edad Media será decisiva para la configuración del “malestar en la cultura” que se presentará con un rostro demonológico, incluyendo por supuesto a la histeria.

La concepción medieval del diablo entraña un interés más bien político que metafísico. Obedece a una serie de subterfugios que la Iglesia cristiana tuvo que idear en aquellos momentos en que su poder parecía tambalearse. Ya durante los primeros siglos del cristianismo, los primitivos movimientos de sublevación fueron apaciguados por la Iglesia a través de la *Ciudad de Dios* de San Agustín; una apología cristiana con la que se logró mitigar la decepción y el enojo de los romanos, quienes interpretaron el saqueo de su ciudad -por parte de los visigodos- como un castigo de sus dioses por haberles vuelto la espalda en favor de la nueva religión de Cristo. En su justificación, San Agustín pronunciaba que la devastación de Roma cobraría sentido si se veía en ella la destrucción de una ciudad entregada al goce terrenal; en contraste con la Ciudad de Dios, el lugar ideal por la cual todo cristiano debía trabajar y construir espiritualmente para consumir su anhelo de bienaventuranza.

Esto constituyó una buena oportunidad para que la iglesia introdujera en el pensamiento la noción de un ente poderosamente maligno. Para afianzarlo, recurrió a la disolución de todos los cultos a deidades terrenales; transformó éstas creencias en prácticas paganas (opuestas a la fe cristiana), y a sus dioses en verdaderas figuras demoniacas con el suficiente poder malévolo para seguir atrayendo a esa *terrenalidad*, que desde entonces se volvió imperio del demonio y la destrucción, o en palabras de San Agustín, en la Ciudad Terrena, que en términos políticos, para la Iglesia correspondía al Estado (romano).

Freud nos confirma ésta mutación como origen de las entidades demoniacas¹⁶, planteando que “Los dioses pueden convertirse en demonios malignos cuando nuevos dioses los suplantán. Cuando un pueblo es derrotado por otro, no es raro que los dioses destronados de los vencidos se transmuden en demonios para el vencedor” (Freud, 1923/2006p, p.88).

De esta forma, la expansión del cristianismo acarrió una creciente difusión del concepto del diablo como el único modo de explicar el mal existente en el mundo. Toda expresión de goce constituía el dominio del diablo, robusteciendo la creencia en la maldad de los deseos mundanos.

Ernest Jones (1967) refiere que la Iglesia explotó al extremo la figura del diablo como un arma poderosa no sólo para influir en la moral de la población, sino también para combatir toda clase de herejías e insurrecciones; en estas palabras nos hemos respaldado al postular que el diablo fue una creación con fines meramente políticos; sobre todo a partir del siglo XII, cuando la Iglesia se encontraba desagarrada y vacilante por la incredulidad de sus fieles ante sus falsas profecías, y por las muchas disensiones políticas que estaban sucediendo por sus numerosos escándalos morales; la situación fue tal- dice Jones- que se tomaron las medidas más desesperadas.

Pero la construcción de un concepto tan poderoso como fue el diablo, tuvo que tener su origen en la propia constitución subjetiva del sujeto. Para Freud, la idea del diablo exige entenderse a partir de la construcción de Dios, el cual, es un sustituto del padre enaltecido tal y como se le vivencia durante la infancia. El vínculo con el padre, de acuerdo a Freud (1923/2006p), siempre entraña sentimientos ambivalentes: amor y tierna sumisión, pero también desafío y hostilidad. En un principio la noción de Dios concentra esa ambivalencia -no es de extrañar que en el Antiguo Testamento, Dios sea concebido como una entidad que ama y protege pero que también puede encolerizarse y castigar al pecador-.

¹⁶ Un vistazo a la historia de nuestro país y sus raíces prehispánicas corroboran las palabras de Freud; en nuestra conquista se replica lo que sucedió en Roma tras el ascenso del cristianismo como religión oficial.

La Iglesia cristiana únicamente escindió esta figura divina otorgándole al Dios-Padre la bondad, el amor y la justicia, mientras que construía una nueva figura a partir del aspecto “negativo” de ese Padre; es decir, el odio, la hostilidad, el rencor y el temor al castigo, configuraron la imagen de Satán. A ésta se le añadieron los deseos sexuales de los sujetos, siempre proyectados hacia afuera, construyendo así una figura que representa el mal, el escarmiento, la sensualidad y el gozo sexual. Nos dice Freud:

Los casos de posesión corresponden a nuestras neurosis, para cuya explicación hemos vuelto a aducir poderes psíquicos. Los demonios son para nosotros deseos malos, desestimados, retoños de mociones pulsionales rechazadas, reprimidas. Solo desautorizamos a la Edad Media en su proyección de estos seres anímicos al mundo exterior; para nosotros, ellos nacen en la vida interior de los enfermos, donde moran (Freud, 1923/2006p, p.73).

El diablo simboliza por lo tanto el crimen, el sexo y la prohibición. Salamanca (2013) lo refiere como “una figura terrorífica porque engendra al padre odiado, sacrificado y dañado, pero a la vez, todopoderoso con deseos de venganza”. Podríamos decir que la Iglesia jugó con esta idea inconsciente *arquetípica* que existe invariablemente dentro de cada sujeto, y al extraerla de ese psiquismo proyectándola hacia afuera, la materializó, construyendo exitosamente una entidad malvada, persecutoria y perversa que aterroriza y al mismo tiempo seduce.

El impacto de esta construcción maligna y su inserción en la cultura, propiciará que el sujeto medieval viva doblemente atemorizado: con miedo al castigo divino y también al castigo infernal. Más que el amor a Dios, su obediencia a la Iglesia, al Papa y al rey –cuyo poder se decía *provenía* de Dios- se basaba en el miedo al purgatorio, a los martirios del infierno o a la furia de ese Dios que “se venga de los agravios” (Constante, 2011)

Es así como el sujeto medieval se encontró sumergido en una cotidianeidad poblada de espíritus y demonios; una persona de esa época no solamente creía y se encontraba presa de esa fantasía diabólica, sino que también pensaba, sentía y

veía el mundo bajo ese enorme lente supersticioso plagado de seres espantosos, terrores y presagios. Todo ello configuraría la maquinaria mental de su época¹⁷, por lo que cualquier malestar que su cuerpo presentara era inmediatamente atribuido a los influjos de una presencia demoniaca.

El poseído –o podríamos ya afirmar, el histérico- estaría compelido a buscar el socorro de aquél que ostentaba el saber sobre los cuerpos y sus tribulaciones demoniacas: el sacerdote. Análogo al médico de hoy, el sacerdote sabrá distinguir a partir de la confesión -muy al estilo de un diagnóstico diferencial- el tipo de afección demoniaca que atormentaba al sujeto, su grado de influencia en proporción a la sintomatología y el tratamiento más adecuado, que en este sentido consistía en liberar al cuerpo de esa presencia maligna que lo abrumaba, con la consabida penitencia por haber pecado.

Podemos comparar al decir que si la histeria de hoy, mediante un síntoma orgánico, continúa exigiendo un saber que el médico rotula con una etiqueta diagnóstica muy *ad hoc* a su conocimiento biologicista, en la Edad Media, el pecado y la posesión demandaban un saber que la ciencia teológica enmarcaba dentro de un campo demonológico, ofreciendo la taumaturgia, la penitencia y el exorcismo como soluciones. Y es que el conflicto neurótico medieval se encuentra paradójicamente inscrito en la idea de una fuerza externa que en cualquier momento puede introducirse al cuerpo y poseerlo. Ante esto, Pavesi (2010) sugiere que el diablo es entonces la expresión de un conflicto en una sociedad altamente reprimida; que personifica las pulsiones inconscientes, de ahí que su representación incluya todos los rasgos que aluden al goce del cuerpo y que al mismo tiempo se conjugan con la reactivación de los conflictos edípicos propios de cada sujeto.

El sujeto poseído -o histérico-, nos dice Foucault (1988), ilustra el combate espiritual, que el pensamiento cristiano reconoce como el drama del hombre aprisionado entre lo divino y lo satánico.

¹⁷ Tal como hoy el discurso médico-cientificista nos ha marcado desde el nacimiento con una comprensión biologicista del mundo, y que cualquier molestia sentida en nuestro cuerpo, se convierte en una entidad nosológica que hay que tratar con la medicina.

c) Brujería:

El pecado y la figura del demonio continuaron siendo el denominador común en la cultura de los últimos siglos de la Edad Media. Adquirieron dimensiones exageradas con el suceso político más grande con el que se haya enfrentado la Iglesia: la Reforma Protestante, y posteriormente la respuesta a ello conocido como la Contrarreforma.

Los grandes procesos de brujería comienzan ahí, en esos últimos años medievales, y alcanzarán a verse todavía a principios del siglo XVIII; son los tiempos de la inquisición y del *Malleus Malleficarium*¹⁸, estrategias perversas de control y de poder orquestadas en un contexto social, producto de una Europa dividida entre países que reconocían al Papa -como supremo y único jefe de la Iglesia Católica-, y países que impugnaban la autoridad de Roma (Protestantes).

Cevedio (2002) recalca que la brujería representó un verdadero recuse al poder político-religioso, especialmente al del catolicismo romano. Las prácticas ajenas a la religión oficial que nacían de la insurrección, el fastidio y el cuestionamiento, se relacionaron inmediatamente con artes diabólicas; los casos aislados rurales de aparente brujería, pronto se convirtieron en verdaderas epidemias y pasiones colectivas en ciudades enteras. En esta rebelión sin duda ya podemos aludir a la histeria. Esto llevó a la Iglesia Católica a legislar, y condenar el comportamiento tomando medidas muy drásticas. La conducta contraria a Dios ya no se remitirá solamente a una interpretación teológica que dictamina un exorcismo y una penitencia, sino ahora de ese saber se pasará al poder: “El poder del exorcista que por su palabra expulsaba al demonio, al del poder político que ejecutará en la hoguera la condena pública de la bruja” (Julien, 2002 p. 94).

De este modo, comulgar con la tradición médica que ubica a la histeria detrás de la brujería medieval, no es solamente por la línea diagnóstica trazada por Charcot –y sus hilarantes síntomas de la *Grande Hystérie*-, sino porque la bruja, mediante esos síntomas demoniacos, sigue representando para el

¹⁸ (*El martillo de las brujas*) es la obra de los sacerdotes alemanes Sprenger y Kraemer sobre la hechicería en la Edad Media, publicada en 1489 y, que a modo de manual, instruía en la identificación de brujas y las torturas con las que se les podía hacer confesar su relación con el Diablo.

psicoanálisis esa interpelación al poder fálico que constatamos en la *υστερία*, sólo que con la construcción sintomática a tono con la ideología de la época, una estructuración a partir de lo opuesto a lo implantado por la Iglesia.

El síntoma neurótico que originalmente hacía del sujeto un afligido pecador, y después un atormentado poseído, con la Contrarreforma se transformará en un perverso hechicero entregado al placer sexual de Satanás y las artes oscuras. Ello no sólo designa la forma en que se conceptualizaba el sufrimiento, sino que además atañe una forma cruel de combatir la libertad de culto, los cuestionamientos a los dogmas católicos y sobre todo, el deseo siempre latente de saber sobre el cuerpo y la naturaleza. De ahí que la actitud adoptada por la Iglesia con respecto al ansia de conocimientos, haya sido de desaprobación y condena, creando para tales efectos un sistema judicial confeccionado a partir de la superstición y lo demoniaco.

Este deseo obturado por el catolicísimo, de cualquier modo irrumpía, y, de acuerdo a Jones (1967), se manifestaba en formas aparentemente extrañas: la apasionada búsqueda de la piedra filosofal, el elixir de la vida, la herbolaria, la devoción por la alquimia, la astronomía y en general, el interés por toda clase de procedimientos “mágicos”. Llamados así porque todo ello comprendía un saber que iba más allá de lo establecido por la religión y que en términos psicoanalíticos, describe Torres (1977), estaba más bien motivado por los enigmas que siempre han representado el deseo humano, la diferencia de los sexos y la feminidad. Ahora podemos comprender el por qué la condena recayó en mayor medida en la mujer, pues ella, increpando a una doctrina fálica, intentaba hacerse del conocimiento de sí misma y de ese deseo que la Iglesia le tenía vedado.

Lo anterior fue lo que construyó la figura de la bruja medieval. La Iglesia persiguió y castigó a miles de personas; y así, detrás de la bruja y del poseído podría decirse que existe un sujeto con un saber diferente con el que intenta responder a los misterios de su deseo, renunciando al supuesto saber ostentado por la Iglesia que, como Amo absoluto, no aporta ninguna solución a la interrogante, sino todo lo contrario, responde con una terrible amenaza que continúa perpetuando esa separación del sujeto con respecto a su cuerpo. Y no

conforme con eso, la iglesia convierte ese deseo en una entidad que hay que borrar y si es preciso, hacerlo a través de la tortura o la purificación del alma mediante el fuego.

Pasión espiritual y enfermedad del alma

El Renacimiento determinó una nueva forma de concebir el mundo y al hombre; gradualmente se fue reemplazando aquél rígido teocentrismo medieval en favor de una tendencia más centrada hacia el sujeto. El objetivo fue volver la atención al humanismo de los autores clásicos y con ello exaltar la libertad del individuo, socavada por la religión. Es así, como esta etapa histórica, constituye una coyuntura entre el pensamiento escolástico¹⁹ y la incipiente ciencia humanista; son los años en los que el cuerpo se convierte en objeto de disputa entre estas dos ideologías.

Los efectos de ese forcejeo epistemológico se verán reflejados en la construcción de nuevos discursos que intentarán dar cuenta de la naturaleza humana, lo cual, se verá expresado en el arte, la política y las ciencias. Estas últimas, influenciadas por el reingreso a Europa de los escritos médicos y filosóficos grecorromanos, conservados y traducidos desde antaño por los árabes, quienes lograron que estas grandes obras subsistieran durante toda la Edad Media.

Se dice que en ese retorno a los grandes pensadores grecolatinos, resurgirá la célebre *υστερία* hipocrática. Las ideas con respecto al útero errante y la retención seminal volverán a posicionarse como el origen de la enfermedad. En este caso, corresponderá al alquimista suizo Paracelso (1493-1541) desempolvar esa vieja etimología y redefinirla para insertarla nuevamente en el discurso de la práctica *médica*.

¹⁹ La escolástica fue un método y sistema de pensamiento; abarcó todas las actividades intelectuales, artísticas, filosóficas y teológicas que se ejercían en las escuelas medievales. Se caracterizó por ser una filosofía nacida en una sociedad cristiana, que si bien abrazó los sistemas de Platón y Aristóteles, estos fueron asimilados a la religión, con el fin de tener una visión racional de la vida en función del cristianismo. La Revelación era concebida como una norma y una ayuda para la razón, y ya que los filósofos de la Edad Media eran ante todo teólogos, sus intereses racionales estaban dominados por sus preocupaciones religiosas (Runes, 1981, p.119)

Paracelso²⁰ -figura importante, y a la vez controversial, para la historia de la medicina- estuvo inconforme con ese retorno a lo antiguo, pero también fue renuente a la estrechez del pensamiento religioso, por lo que decidió instaurar algunas nuevas ideas con respecto a las enfermedades, incluyendo por supuesto a la υστερία. Iglesias (2005) refiere que Paracelso dio continuidad a la concepción galena de la υστερία, -cuyo origen se atribuía a la descomposición de la materia menstrual y a la excesiva retención seminal-, y proclamó que esta putrefacción, además de causar dolores y contracciones uterinas, producía un vapor que al liberarse se expandía hacia otros órganos, propiciando así el cuadro clínico ya enunciado desde la antigüedad. A pesar de aludir al vapor uterino, Paracelso estableció que la acumulación seminal en ambos sexos producía el mismo efecto, sumándose así al pensamiento galeno sobre la existencia de una histeria masculina.

Sin embargo, y a pesar de haber expuesto esta etiología aparentemente fisiológica, Paracelso incorporó a su planteamiento médico el concepto de *imaginación*, manifestando que en la υστερία existía una causa más allá del cuerpo anatómico, enmarcada en una idea alimentada por el espíritu, es decir, la simulación (Penchansky, 2009).

El también astrólogo, refirió que la imaginación era capaz de determinar en mayor medida el destino del cuerpo y sus funciones orgánicas, por lo que la existencia de ciertas ideas en las personas era suficiente para causar una tribulación uterina; y esas ideas estaban inscritas en el espíritu que al mismo tiempo se encontraba influenciado por las estrellas y por la naturaleza. Así, la concepción hipocrática sobre la histeria -como acción del útero sobre la psique-, quedó invertida con Paracelso, considerándola más bien, como efecto de la acción de la psique sobre el cuerpo. Montero (2006) ve en esta burda conceptualización de Paracelso un atisbo a la idea del inconsciente, pues en esta rudimentaria

²⁰ Teofrasto Bombasto Paracelso, nació en Hohenheim, Suiza. Era médico e intentó utilizar la filosofía como uno de los pilares de la ciencia médica. Su filosofía es una misteriosa mezcla de neoplatonismo, experimentación y supersticiones mágicas. Rechazó gran parte de las teorías tradicionales grecolatinas y árabes. Sus obras (*Labyrinthus*, *Opus paramirum*, *Die grosse Wundarzney*, *De natura rerum*) fueron escritas en suizo, alemán y traducidas al latín por sus discípulos (Runes, 1981, p.280).

interpretación, el alquimista intuye que hay algo que divide al sujeto y que lo hace proclive a padecer en su propio cuerpo desde algo aparentemente externo.

Así mismo, mucho se ha dicho que las ideas de Paracelso representaron para su época un adelanto a lo que posteriormente formará parte de la psicología, e incluso, de la psicoterapia. Carl G. Jung, discípulo de Freud, dirá que a Paracelso "se le puede caracterizar como un crisol alquímico en el que hombres, dioses y demonios de aquella época exorbitante de la primera mitad del siglo XVI, han vertido cada uno de por sí su savia individual" (Jung, 1977, p.12).

Además, la razón por la que se le ha incluido en esta genealogía, no solo obedece a esta primitiva aportación *psicodinámica* sobre la histeria, sino también a que Paracelso ejemplifica claramente aquello que Ernest Jones refería con respecto al ansia de conocimientos que, en un contexto social todavía influido por la religión, se expresaba de distintas maneras, a las cuales más arcanas y bizarras.

En este sentido, la figura de Paracelso fue siempre polémica -tanto para la iglesia como para la ciencia primitiva- pues muchos de sus planteamientos se encontraban revestidos de misticismo, excentricidad, magia y espiritualidad, pero que en realidad eran aproximaciones a planteamientos psicológicos, surgidos sin duda alguna, de una demanda sobre el saber del cuerpo, y que en ese contexto histórico, eran el resultado de ese cruce epistemológico que determinó el Renacimiento.

Como ya se había mencionado, en este punto de convergencia entre la religión y el humanismo, el cuerpo se volvió objeto de disputa entre los teólogos y los médicos. Son tiempos en los que aún prevalece la cruel cacería de neuróticos, pues la histeria continúa expresándose bajo la figura del hereje, la bruja o el alquimista. Sin embargo, el humanismo que poco a poco fuera diseminándose desde Italia a toda Europa, permitió el surgimiento de algunos hombres que empezaron a oponer resistencia a la concepción demoniaca de la posesión en favor de algo más natural y acorde a la esencia humana.

De los primeros hombres que se levantaron como defensores de la bruja, figuró el inglés Edward Jorden (1569-1632); su obra titulada "A *brief discourse of a*

*disease called the suffocation of the mother*²¹ es el primer libro que rescata a la neurosis de las creencias diabólicas y de la brujería. Jorden fue designado médico ante los tribunales eclesiásticos para defender a mujeres condenadas por supuesta brujería, pues en estas desafortunadas, Jorden veía manifestaciones de *un alma angustiada*, más que de posesiones demoniacas; su trabajo fue convencer a la autoridad religiosa de que no era necesario quemarlas, y que había un recurso natural –la medicina- para combatir aquello por lo que eran acusadas.

En el pensamiento de Jorden, al igual que en el de los otros médicos humanistas del siglo XVI, no existía lo que hoy se conoce como enfermedades mentales. Para ellos, lo que había detrás de la tristeza, el abatimiento, el desgano, incluso la locura, era *pasión espiritual*, un término que a lo largo de la historia irá evolucionando hasta convertirse en “lo inconsciente”. De esta manera, dicen Postel y Quénel (2000) la pasión espiritual era concebida como el origen de las enfermedades del alma, y cuando el alma se afectaba en alguna de sus facultades, no podía disponer totalmente y de manera conveniente del cuerpo, imaginado como el instrumento por medio del cual ella ejercía sus facultades.

Una de las repercusiones de esa aflicción del alma podía recaer en el útero, referido en el lenguaje de Jorden como la “madre”. El amor no correspondido era una de las pasiones espirituales que podía comprimir el útero y sofocarlo; Jorden acuñó este término por el característico síntoma de opresión en el pecho y la falta de aire que referían las sufrientes, interpretado todavía como efecto de un hechizo.

Lo que distinguió a Jorden de Hipócrates, Galeno y Paracelso, fue que aun manteniendo vigente al útero como asiento del padecimiento, prestó atención a esas perturbaciones del espíritu observados en cada circunstancia –un antecedente al “caso por caso” propuesto por el psicoanálisis- dando por sentado que la enferma si bien no estaba poseída o embrujada, no era dueña de sus propias afecciones, especialmente cuando se trataba de una pasión espiritual como el amor, tan válido para todos los seres humanos.

²¹ “Breve discurso sobre la enfermedad llamada sofocación de la matriz”; el término mother-madre, está empleado en el sentido de la “matriz”.

Es por eso, que Jorden planteó que la terapéutica para ésta sofocación consistía en provocar el relajamiento de las tensiones emocionales nocivas; esta incitación sólo tendría lugar si se le escuchaba en un contexto médico, en vez de juzgársele en un tribunal de la inquisición (André *et al.*, 1999). Estos planteamientos de Jorden nos remiten a una forma muy próxima al concepto psicoanalítico de la transferencia.

En Holanda hubo otro importante personaje que también se alzó como defensor de las brujas y que incluso estuvo a punto de ser condenado como hereje por sus ideas contrarias a la Iglesia. Se trató del médico Jean Wier (1515-1588), quien trató de contrarrestar el poder de la inquisición, alegando - al igual que su homólogo inglés- que aquellos acusados de posesos y brujos –hombres y mujeres- no eran responsables de sus actos y que había que considerarlos como melancólicos,²² sujetos aquejados por un extraño padecimiento en el que el exceso de bilis negra provocaba fantasías y sueños monstruosos, aún en estado de vigilia. Pero a diferencia de Jorden, Wier siendo también demonólogo, no se despega mucho del plano religioso, pues sin negar la existencia del diablo, reclama a la Iglesia que el poder de éste no es tan fuerte como ellos lo han hecho creer.

En 1564, Wier publica su obra más influyente “*De la impostura del Diablo*” en donde resume todas sus deducciones demonológicas y sus opiniones en contra de la persecución de las brujas, el libro tuvo mucho éxito, pero también suscitó la rabia de la Iglesia, que viendo en él una afectación a sus intereses, difundió la idea de que ese libro representaba la huella de satán. Roudinesco (2005) menciona que gracias a la ayuda de un amigo político, Wier estuvo a nada de ser quemado en la hoguera.

Como podemos observar las conceptualizaciones en torno al enigma que supone la histeria están teñidas de esa pugna a la que nos hemos referido. Son los primeros esfuerzos humanistas que, en un retorno a los grandes clásicos como

²² La tradición psiquiátrica tiende a afirmar que Wier fue el primero en emplear el término “enfermo mental” para referirse a este fenómeno.

único asidero conceptual distinto al teológico, tratan de despojarse de ese peso tan grande que representó el cristianismo.

Corroboramos en estos primeros planteamientos médicos, que la antigua acepción de la histeria griega se encuentra entremezclada con la superstición y la demonología de la Edad Media. Tomará un par de siglos más para que la ciencia experimental se consolide y al suplantar al pensamiento mágico-religioso se instaure como el nuevo y más poderoso Amo, que al igual que la Iglesia, controlará el goce de los cuerpos, pero ahora en nombre de la ciencia y del capital.

CAPÍTULO 2

CLÍNICA DE LA HISTÉRICA Y EL ENFERMO NERVIOSO

El cuerpo por su realidad ambigua se presta para diversas ambigüedades diagnósticas, ya que la falsa realidad que expresa plantea las máscaras más difíciles de desenmascarar.

Henri Ey

La medicina, el sexo y la histerización del cuerpo

Juan Brom nos dice que el criterio más científico para la división de la historia, es aquél que se basa en analizar las grandes estructuras sociales que han caracterizado a los pueblos más avanzados, y cuya influencia ha sido decisiva para el desarrollo general de la humanidad, consecuentemente:

En la raíz de la historia se encuentra la evolución de las fuerzas productivas, debida a la búsqueda de la mayor efectividad del trabajo. Estas fuerzas, a su vez, imponen determinadas relaciones de producción entre los hombres; junto con ellas constituyen la base de la estructura social. Sobre ésta se levanta la llamada supraestructura del Estado, las ideas políticas, la cultura. Ambas, base y supraestructura, integran la formación histórica (Brom, 2007, p. 204)

De ahí, que el paso del feudalismo medieval al capitalismo de la Era Moderna y Contemporánea sea decisivo para la demarcación de una nueva etapa en la historia de la humanidad, y por consiguiente, para la nueva configuración de la sociedad y de su cultura.

En este escalón histórico tendrá lugar la emergencia y la ulterior evolución de la ciencia moderna. “Galileo, no se conforma con la observación pura, ni con la conjetura arbitraria. Galileo propone hipótesis y las pone a la prueba experimental (de este modo) Galileo engendra el método científico moderno” (Bunge, 2013, p.35).

Ese gran paso acaecido en el siglo XVI, representó la victoria sobre cientos de años de obstrucción religiosa al conocimiento racional del ser humano, y también, puso fin al jaloneo epistemológico entre lo humanista y lo teológico que caracterizó al Renacimiento.

La ciencia resplandecerá a lo largo de la época clásica. Empero, aquél oscurantismo medieval que dio paso a la grandiosidad de la revolución científica sólo fue una transformación en las relaciones de poder tan características del ser humano, pues la misma ciencia devendrá en una nueva herramienta del poder disciplinario ejercido sobre los cuerpos.

Apoyémonos una vez más en las palabras de Foucault, quien refiriera que durante mucho tiempo –en la Antigüedad y en la Edad Media-, uno de los privilegios característicos del poder soberano fue el derecho de vida y muerte; poder que establecería las formas disciplinarias para hacerse sobre el control de las poblaciones. Era “un derecho de hacer morir o dejar vivir” (Foucault, 2011, p.126). Era el derecho que tenía el soberano de apropiarse de las cosas, del tiempo, de los cuerpos, y finalmente de la vida de los súbditos; era un derecho que culminaba en el privilegio de apoderarse de la vida para eliminarla.

Con el advenimiento de la ciencia moderna, nuestro pensador señala que el hombre occidental fue aprendiendo a ser una especie viviente en un mundo orgánico, a poseer un cuerpo, a conocer las condiciones de su existencia, las probabilidades de vida, la salud individual o colectiva, etc. Así, dicho aprendizaje tuvo que impactar en aquellos viejos mecanismos de poder soberano-súbdito, transformándose en una nueva estructura ahora basada en el “hacer vivir o arrojar a la muerte [...] Ahora es en la vida y a lo largo de su desarrollo donde el poder establece su fuerza, la muerte es su límite” (Foucault 2011, pp.128-129).

Ese “biopoder” (p.130), como lo denomina el autor de *Historia de la sexualidad*, se desarrollará desde el siglo XVII y se consolidará a mediados del XVIII, adoptando dos formas principales: la primera, denominada *anatomopolítica del cuerpo humano*, que consiste en estudiar el cuerpo como una maquinaria, para efectos de su adiestramiento, de la medición de sus aptitudes y de la extorsión de sus fuerzas; en otras palabras, su utilidad y docilidad en un sistema económico. La

segunda, enfatiza en el cuerpo-especie, o como lo llama el autor, una *biopolítica de la población*, preocupada por la mecánica de lo viviente y los procesos biológicos del hombre; es decir, la proliferación de la especie humana, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud y la longevidad.

El establecimiento de esta doble vertiente tecnológica -anatómica y biológica- caracterizará a partir de la época clásica un poder cuya más alta función no es la de quitar la vida a conveniencia de un soberano, sino la de invadir la vida enteramente en favor del capitalista. El biopoder, dice Foucault, “es un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo, que no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (p.131). De esta manera, el poder y el saber toman en cuenta los procesos de la vida y promueven la tarea de controlarlos y modificarlos en favor del nuevo modo de producción al que están circunscritos.

Así, la ciencia médica, que a partir del siglo XVI se apoyó sobre el dualismo cartesiano y el método experimental, rápidamente se convirtió en un aparato supeditado a ese poder. Ya que es el cuerpo el que se requiere para perpetuar la producción, fue previsible que surgiera en esta nueva sociedad capitalista una tendencia normalizadora de los cuerpos-máquina mediante el conocimiento médico. Ahora, podemos entender con más claridad el fenómeno de la medicalización como parte de la cotidianeidad.

Pero en esta nueva disciplina del poder sobre los cuerpos, al discurso médico será necesario agregarle otro elemento para afianzar sus efectos: el discurso de la sexualidad; discurso que nos atañe pues es el que retomará a la vieja *υστερία* para implantarla de lleno en el campo de la medicina moderna y con ella establecer nuevos dispositivos de saber-poder.

En un principio, este discurso mantendrá y perpetuará el carácter femenino de la histeria en sus variadas conceptualizaciones. No obstante, a partir de ella y en asociación con la -también antigua- hipocondría, creará una nueva categoría nosológica que introducirá al “enfermo nervioso” –masculino- en los terrenos de la clínica.

Dentro de ese mecanismo *anatomopolítico*, la medicina introdujo la *pedagogización* de la sexualidad y la función reproductora, la socialización de las conductas procreadoras y la *psiquiatrización* del placer “perverso”²³. Esto, por ende, propiciaría la producción de saberes encadenados a estas nuevas cuestiones, “vigilancias infinitesimales del cuerpo [...] exámenes médicos o psicológicos y todo un micropoder sobre el cuerpo”, enumera Foucault (p.136). En otras palabras, surgen diferentes mecanismos para justificar científicamente el control sobre el cuerpo y la sexualidad. Y en cuanto al proceso biopolítico, el sexo establecerá “medidas masivas, estimaciones estadísticas, intervenciones que apuntan al cuerpo social [...] El sexo, por lo tanto, es acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones” (p.136).

Foucault no es el primero en acotar esta situación, Freud ya lo había planteado en “*El Malestar en la cultura*” al referir que:

De parte de la cultura, la tendencia a limitar la vida sexual no es menos nítida que su otra tendencia, la de ampliar su círculo. Ya su primera fase, el totemismo, conlleva la prohibición de la elección incestuosa de objeto, que tal vez constituya la mutilación más tajante que ha experimentado la vida amorosa de los seres humanos en el curso de las épocas. [...] La estructura económica de la sociedad influye también sobre la medida de la libertad sexual restante. Ya sabemos que la cultura obedece en este punto a la compulsión de la necesidad económica; en efecto, se ve precisada a sustraer de la sexualidad un gran monto de la energía psíquica que ella misma gasta. Así, la cultura se comporta respecto de la sexualidad como un pueblo o un estrato de la población que ha sometido a otro para explotarlo. La angustia ante una eventual rebelión de los oprimidos impulsa a adoptar severas medidas preventivas [...] Desde el punto de vista psicológico, se justifica por entero que empiece por proscribir las exteriorizaciones de la vida sexual infantil, pues el *endicamiento* de los apetitos sexuales del adulto no tiene perspectiva alguna de éxito si no se lo preparó desde la niñez (Freud, 1930/2006r, pp. 101-102).

²³ Se refiere a las prácticas sexuales diferentes a las hetero-genitales.

Así pues, al alzarse y consolidarse el discurso biomédico sobre el sexo, se afianzaron las conceptualizaciones de lo masculino y lo femenino -apoyadas sobre la inteligibilidad perceptual que aportaron la anatomía y la fisiología, y los aportes de las ciencias naturales- y gradualmente se fue creando una teoría general del sexo. A partir de esta teoría se legislaría la conducta sexual en función de una técnica disciplinaria del biopoder, y a su vez, desde esta legislación, sobrevendrá la consecuente *patologización* de la sexualidad²⁴.

La noción de sexo permitió agrupar en una unidad artificial elementos anatómicos, funciones biológicas, conductas, sensaciones, placeres, y permitió el funcionamiento como principio causal de esa misma unidad ficticia; como principio causal, pero también como sentido omnipresente, secreto a descubrir en todas partes: el sexo, pues, pudo funcionar como significante único y como significado universal. Además, al darse unitariamente como anatomía y como carencia, como función y como latencia, como instinto y como sentido, pudo trazar la línea de contacto entre un saber de la sexualidad humana y las ciencias biológicas de la reproducción; así, el primero sin tomar realmente nada de las segundas –salvo algunas analogías inciertas y algunos conceptos trasplantados-, recibió por privilegio de vecindad una garantía de cuasi-cientificidad; pero, por esa misma vecindad, ciertos contenidos de la biología y la fisiología pudieron servir de principio de normalidad para la sexualidad humana” (Foucault, 2011, p. 145).

Es así, como el sexo, incrustado en la medicina, resultó ser una herramienta útil para el mayor número de maniobras y estrategias de control. Con un discurso sexual se logró moldear a los cuerpos, consiguiendo así una docilidad y una

²⁴ La norma establecida es la de la relación heterosexual genital. Las otras conductas, por consiguiente, implican un movimiento antinatural, antibiológico, y por lo tanto, patológico; vale decir, son conductas que contradicen a ese mismo discurso que ha impuesto los límites conceptuales del género y el sexo reduciéndolos exclusivamente a la función reproductora como parámetro de salud y normalidad. Esto es muy similar al modelo familiar monogámico implantado siglos atrás por el cristianismo. La aplicación del modelo médico sexual no deja duda a su parentesco con la doctrina cristiana. El matrimonio y las relaciones heterosexuales genitales con fines reproductivos, representaron el ideal de perfección y acatamiento cristiano, mientras que para el discurso científico constituyen los estándares de “salud”, es decir, lo “sano”, lo biológicamente “correcto”; las conductas desviadas a este modelo son pecado para la Iglesia, y para la medicina son “trastornos o enfermedades”.

utilidad adecuada para insertarlos en los aparatos de producción²⁵. Con ello, la ciencia subordinada al biopoder se apropió de la problemática de los *géneros*, de las cuestiones de los hombres, de las mujeres y también de los niños, etc. Pero principalmente se apropiaría del problema de la histeria como máxima representante de esta convergencia entre la medicina y el sexo.

Rescatando la vieja hipótesis galena sobre la retención seminal en la etiología histérica, la medicina encontró un apoyo epistemológico para calificar al cuerpo como un organismo íntegramente saturado de sexualidad; es decir, por antonomasia, la sexualidad se concibió como algo patológicamente intrínseco al mismo cuerpo. Si bien, esta idea no choca totalmente con los posteriores descubrimientos del psicoanálisis, sí difiere en mayor medida con la concepción de esa sexualidad como un hecho exclusivamente asentado en los genitales y como una cuestión patológica que debe erradicarse.

Bajo esta conceptualización de la sexualidad desbordante se *histerizó* científicamente al cuerpo y se le llevó al campo de la práctica médica. Mediante esta estrategia biopolítica, la histerización del cuerpo dio paso a la generación de una nueva clínica que transformó a todos los cuerpos sobrecargados de sexualidad en “enfermos nerviosos”. El rótulo clínico recayó en mayor medida sobre la mujer, redefiniendo a la histeria como una “enfermedad” de índole nerviosa y etiológicamente voluptuosa, situación facilitada por el legado griego pero también por el cristianismo que, durante muchos siglos, había puesto en ella el símbolo de la carnalidad demoniaca y la pasión desmesurada.

No obstante, siendo el varón un ser que por derecho “natural” le corresponde desahogar sus impulsos sexuales, se concluyó que la abstinencia y la represión de esos impulsos serían los contrarios a ese mandato *natural*, y, en consecuencia, todo que aquél sujeto varón contenido y abrumado por su propia sexualidad estaba destinado a enfermar y convertirse en “nervioso”.

Así, en el proceso de histerización del cuerpo por parte de la medicina, el sexo fue definido de tres maneras:

²⁵ Esto continúa vigente, si vemos cómo este discurso sexual biopolítico sigue hasta nuestro días, adaptado ahora a las modas prevaletentes. Por ejemplo, el sexo hoy se ha convertido en una verdadera fuente de ingresos sobre todo para los medios de comunicación.

Como lo que es común al hombre y la mujer; o como lo que pertenece por excelencia al hombre y falta por lo tanto a la mujer; pero también como lo que constituye por sí solo el cuerpo de la mujer, orientándolo por entero a las funciones de reproducción y perturbándolo sin cesar en virtud de los efectos de esas mismas funciones; en esta estrategia, la histeria es interpretada como el juego del sexo en cuanto es lo “uno” y lo “otro”, todo y parte, principio y carencia (Foucault, 2011, p. 143)

El destino de los enfermos nerviosos masculinos, será un tanto distinto al de las “histéricas”, más benévolo quizá; ya que como bien lo señala Israël (1979), hablar de histeria masculina era una contradicción médica no únicamente por la incompatibilidad etimológica y fisiológica, sino también por el impacto cultural que comenzó a representar la histeria. Esta, al simbolizar lo más chocante de la mujer, impedía que un hombre fuese diagnosticado como tal, dado que al tildársele de histérico equivalía a poner en duda su hombría, y en un contexto clínico, el médico varón no se atrevería a decirle esto a otro sabiendo que corría el peligro de reciprocidad.

Y sin embargo, ello no resta importancia al hecho de que el varón histérico ha estado presente durante todo este tiempo. La misma ciencia moderna será la encargada de ponerlo en evidencia. Así que es necesario proseguir con el análisis genealógico para no perder de vista cómo históricamente la medicina llevó a cabo esta empresa biopolítica de histerización del cuerpo.

The Nervous Disease

Es un hecho indudable que a partir del Renacimiento, la convicción de llegar al conocimiento a través de la observación y la razón sentaría las bases de la ciencia moderna. El siglo XVI es un periodo de importantes descubrimientos; entre ellos se encuentran los grandes sucesos que integrarán los cimientos de la práctica médica, trascendentales todos ellos para la subsecuente interpretación y conceptualización de los padecimientos y aflicciones.

De este periodo resaltan los nombres de Andreas Vesalius (1514-1564) fundador de la anatomía moderna y Ambroisé Paré (1510-1592), pionero en la cirugía y en la curación de heridas; William Harvey (1578-1657) a quien debemos

una descripción más acertada y detallada del sistema circulatorio, en contraste con las antiguas concepciones galenas. A estos logros, refiere Gutiérrez (2006), se añadió el nacimiento de una filosofía que, dejando de lado la influencia escolástica, se centró en el problema del conocimiento, es decir, del yo cognoscente, como objeto de estudio.

Se considera a René Descartes (1596-1650) como la figura inaugural de este pensamiento moderno. Sus ideas lo han consagrado como el padre del paradigma científico-racionalista que subyace a la práctica médica moderna. Con sus planteamientos se estableció una disociación entre el cuerpo y el alma:

Concluyo rectamente que mi esencia consiste sólo en ser una cosa que piensa, o una sustancia cuya esencia o naturaleza toda consiste sólo en pensar. Y aunque acaso tengo un cuerpo al que estoy estrechamente unido, con todo, puesto que, por una parte, tengo una idea clara y distinta de mí mismo, en cuanto que yo soy sólo una cosa que piensa, y no extensa, y, por otra parte, tengo una idea distinta del cuerpo, en cuanto que él es solo una cosa extensa, y no pensante, es cierto entonces que ese yo es enteramente distinto de mi cuerpo, y que puede existir sin él” (Descartes,1637/ 2004, p.171)

Como lo menciona Albuquerque (2011), el pensamiento cartesiano dará pie a la constitución del sujeto de la ciencia; y si bien, gracias a esta concepción, el conocimiento del sujeto se diversificaría²⁶, también se estableció una nueva distancia no sólo entre el alma y el cuerpo, sino a su vez entre la queja del sujeto y el ojo del médico que, paradójicamente, hace de esa queja su objeto de estudio.

Las ideas de Descartes, junto con los descubrimientos médicos que hemos señalado corresponden a esa etapa histórica que suele considerarse la “revolución científica”, y que se extiende hasta el siglo XVII. Es en este contexto en el que la histeria irá ganando el estatuto de *enfermedad positiva* asociada al sistema nervioso. Esto determinará el surgimiento de una categorización que con el tiempo convergerá en las acepciones de “enfermedades de los nervios” y/o “neurosis” y que al mismo tiempo irá despojando a la histeria de su carácter femenino, abriendo la posibilidad de ubicarla también como un padecimiento en el varón.

²⁶ Promoviendo posteriormente al surgimiento y la evolución de las distintas especialidades médicas y las ciencias humanas positivistas.

Este modo tan peculiar de nombrar a esa invariable estructura subjetiva, que siempre ha implicado una defensa contra la castración del lenguaje, obedece a la progresiva construcción del denominado discurso médico, apoyado desde entonces en este sustrato cartesiano. Su esfuerzo infructuoso por acaparar y explicar mediante sus herramientas conceptuales aquello que desde antaño ha acongojado al ser humano, encuentra paradójicamente su atolladero en el mismo fundamento dualista del que ha partido.

Esta concepción dicotómica del sujeto, como ya se dijo, instauró una nueva separación; o, si se quiere ver en ella, una sustitución a lo que siglos atrás haría el cristianismo con la imposición de una brecha culposa entre el sujeto y su deseo. De este modo, la histeria comenzará a articular sus *síntomas* en función a ese nuevo Amo-médico, el cual no tendrá ningún reparo en tomarla y hacerla parte de su campo de acción. El resultado, volverá a ser el mismo que en Grecia y que en la Edad Media, no habrá forma de controlar a la histeria, sobre todo porque el sujeto de la ciencia conforme avanza un paso en ese conocimiento de su *cuerpo-orgánico* va paradójicamente alejándose de sí mismo como sujeto indivisible.

No obstante, y ya despojada de toda superstición y asociación con el diablo, la histeria vuelve a pensarse como una aflicción que viene desde dentro del cuerpo. Inicialmente se rescató la antigua concepción griega del útero, para dar una explicación más natural. Aunque el conocimiento cada vez mayor de la anatomía, la fisiología y el sistema nervioso, permitirá a los médicos de aquel entonces ir desterrando la etiología uterina en favor de una afección a nivel cerebral.

Pérez-Rincón (2011) señala que el médico francés Charles Lepois (1563-1613) fue el primero en introducir una nueva etiología de la histeria. La idea de Lepois de colocar en la cabeza el origen de los síntomas histéricos, surgió al ver que éstos se manifestaban tanto en hombres como en mujeres, por lo que inmediatamente descartó que el órgano femenino estuviera detrás de toda esa sintomatología -entre las cuales destacaban las anestias, las cegueras, afonías, temblores, parálisis, cefaleas, etc. Observando que no había ninguna enfermedad o alteración en los órganos que referían dicha sintomatología, intuyó que las

causas de éstos podían ser las sensaciones producidas en el sistema nervioso, y más específicamente en el cerebro, rector de toda la actividad motora.

En Inglaterra, Thomas Willis (1621-1675), hará lo mismo: ya no se unirá al papel central del útero, sino más bien la relaciona con el cerebro y los nervios (Mannoni, 2002).

Cabe señalar, que el carácter sexual de la histeria continúa implícito en las mentes de los médicos, sin embargo, por las razones que hemos referido al inicio de nuestro capítulo, hubo de pretender enmascararse esa sexualidad con argumentos más orgánicos a fin de darle cabida a la histeria en el paradigma anatomo-fisiológico. Por tal motivo, con Willis, quedan establecidas las bases para definir formalmente a la histeria como una alteración aparentemente localizable en el sistema nervioso, surgiendo así en el argot médico inglés el término de “*nervous disease*”.

A pesar de ello, el carácter sexual encubierto de la *nervous disease*, deja entreverse en las ideas de Thomas Sydenham (1624-1689), figura importante en la historia de la medicina, quien sacrificando un poco su ego mecanicista y apartándose sutilmente de los cánones médicos de la época, hizo una excelente aportación al estudio psicológico de la *nervous disease*.

De acuerdo a los cronistas, la práctica médica de Sydenham se distinguió por ser una labor guiada por la particularidad de cada uno de sus pacientes y de sus síntomas. Esto, sugiere que el médico inglés mantenía un contacto estrecho con el paciente y por ende con su subjetividad; esto se ha concluido a partir de su propia definición de *nervous disease*, que lo acerca mucho a un planteamiento meramente psicológico, muy *ad hoc* con la teoría freudiana.

Álvarez (2006) refiere que Sydenham reflexionaba mucho sobre el aspecto anímico de los padecimientos, y veía en ellos la posible causa de la *nervous disease*. La teoría de los vapores, propuesta previamente por Paracelso, sirvió a Sydenham para representar la perturbación *anímica* que se manifestaba somáticamente. El vapor histérico femenino y el vapor hipocondriaco masculino constituyeron una forma de *significar* esa espiritualidad perturbada que se desplazaba por el organismo y se alojaba en alguna parte del cuerpo, donde

reproducía un síntoma correspondiente a una enfermedad característica de esa zona. De ahí el planteamiento de Sydenham de que sus pacientes aquejados de “vapores” llegaron a imitar enfermedades que previamente había observado o conocido²⁷.

Afirmando que el vapor histérico era “un *Proteo* que adopta una infinidad de formas, un camaleón que cambia interminablemente de colores”, Sydenham advierte a los médicos ser cuidadosos y pacientes, ya que siendo una de las enfermedades crónicas más frecuentes, se corría el riesgo de equivocarse y atribuir el síntoma a una enfermedad esencial y realmente orgánica; además había que tomar en cuenta que pocas mujeres estaban totalmente libres de ella, y que, sobre todo, los hombres no estaban excluidos de padecerla.

André et al. (1999) relatan que Sydenham expresaba que cuando sus pacientes lo consultaban sobre alguna enfermedad, y cuya naturaleza no sabía determinar por los signos ordinarios, procuraba siempre preguntarles si el mal del que se quejaban no los atacaba principalmente cuando estaban tristes o cuando su espíritu se veía trastornado por alguna pasión o alguna privación de los placeres del amor. Sydenham no tiene mención en la teoría psicoanalítica, sin embargo, vemos con él una interpretación del sufrimiento corporal muy cercana a los planteamientos del psicoanálisis contemporáneo, sobre todo porque la relación con sus pacientes le llevó a intuir que detrás de la *nervous disease* existía algo subjetivo y relacionado a las pasiones y deseos, por lo que aquella idea de los vapores histero/hipocondríacos lo acerca mucho a la del “inconsciente freudiano”.

Neurosis

Avanzando un poco más en el tiempo, diremos que durante el siglo de las Luces, surge lo que hoy denominamos *clínica*. Constituye el primer intento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo, es decir, una práctica basada en la observación pues, como refiere Foucault (2012, p.14) “El ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de hacer manifiesta una

²⁷ Una anticipación al concepto psicoanalítico de “identificación del síntoma del otro”

verdad que no recibe, sino en tanto él mismo la ha hecho visible; al abrirse, abre lo verdadero de una primera apertura”.

Así, se establece la práctica clínica, y el conocimiento empírico nacido de esa *mirada atenta* dará origen a un lenguaje racional con el cual se despliega todo un discurso científico en relación a lo percibido. Es la mirada hacia el propio cuerpo...del otro, la que permite trazar el *mapa anatómico*, que posibilita ubicar “geográficamente” la lesión y la enfermedad.

La gran complejidad que esto representa y con el principio pedagógico inherente que supone el conocimiento clínico, se divide didácticamente al cuerpo humano y se inaugura así la parcelación de la medicina y la conformación de lo que hoy denominamos especialidades médicas. Algunas de ellas no tendrán aún el nombre con el que hoy las conocemos, pero encuentra en esos tiempos sus bases epistemológicas, tales como la psiquiatría y la neurología.

En relación a ésta última hemos mencionado las primeras hipótesis de la histeria en función del sistema nervioso. Son tiempos en los que empieza a construirse el edificio teórico y clínico de la neurología. En este contexto, el médico escocés William Cullen (1710-1790), acuñará el término de *neurosis* para incluir en esa categoría a la *nervous disease* que de acuerdo a su criterio, correspondía a fenómenos *contra natura* del sentimiento o del movimiento, y que no dependía de una lesión tóxica de los órganos, sino de una afección más generalizada del sistema nervioso (Pérez-Rincón, 2011).

En el pensamiento de Cullen, refieren Postel y Quérel (2000), las *neurosis* consistían en la interrupción o la debilidad de las potencias sensitivas y motrices; o bien, eran la irregularidad con que estas potencias ejecutaban sus funciones. En base a esto, Cullen agrupó las *neurosis* en cuatro tipos: *comato*, *adinamia*, *spasmi* y *vesaniae*. La histeria fue incluida en las *neurosis* de tipo *spasmi*, pues su manifestación, como la de otras tantas incluidas en ese grupo –e.g. la hipocondría, se caracterizaba por espasmos y contracciones.

Por lo tanto, Cullen comulgaba con sus predecesores, en el sentido de considerar a la *neurosis* como una mala función del sistema nervioso. Propone así la idea de una energía nerviosa que luego se transformaba en un fluido,

conjeturando que la excitación y el colapso eran resultado del aumento o disminución de la movilidad de ese fluido en el cerebro (Iglesias, 2005); y siendo entonces, las neurosis, enfermedades anatómicamente localizables, Cullen no discierne entre hombres y mujeres.

Y ya que hemos aludido a la teoría de los fluidos y el sistema nervioso, es conveniente finalizar este apartado con la mención de una de las figuras más controversiales de la Ilustración en la historia de la histeria, pero cuyas ideas repercutirán en la edificación de la psiquiatría dinámica y del psicoanálisis; nos referimos al médico alemán Franz Anton Mesmer (1734-1815).

Mesmer sostenía que las *neurosis* provenían de un desequilibrio en la distribución de un fluido universal; éste fluido era el núcleo central de una teoría que Mesmer acuñó como “magnetismo animal”. En esta proposición, el médico alemán planteaba que entre el hombre y el cosmos existía un fluido que hacía de intermediario y mantenía el equilibrio entre ambos, por lo que su mala repartición daría origen a las diferentes aflicciones. El papel del terapeuta, según Mesmer, era funcionar como *magnetizador*, restableciendo ese equilibrio, canalizando adecuadamente el fluido mediante crisis convulsivas que había que provocar en los pacientes (Roudinesco y Plon, 2005).

Mesmer se hizo famoso por su “cubeta magnética”, un instrumento terapéutico con el que *atraía* a la gente aquejada de diversos males nerviosos. Esta cubeta llena de agua y de limaduras de hierro magnetizadas tenía listones metálicos que salían de ella y tocaban a cada uno de los pacientes que se sentaban alrededor de la cubeta, de este modo, el recipiente y su contenido hacían de imán junto con el médico, quien incluso afirmaba que con un ademán de sus manos bastaba para hacer que sus pacientes sintieran la transmisión de su fuerza magnética (Sarason y Sarason, 2006).

La sospecha y el incipiente movimiento positivista, representaron el mayor enemigo de Mesmer. A pesar del gran éxito que representó su cubeta magnética, y la gran cantidad de personas que acudían a él para curar sus males nerviosos, pronto comenzó a suscitar desconfianza por parte del gremio médico parisino, quienes creían que algo extraño pasaba en esas sesiones terapéuticas,

especialmente cuando Mesmer atendía a pacientes mujeres. Esta sospecha devino de un oscuro escándalo acaecido en Viena con una joven paciente, un año antes de que Mesmer estableciera su “consultorio” en París (Pérez-Rincón, 2011).

A éste hecho, se sumó el recelo de los médicos quienes veían en ello un procedimiento que no se ajustaba a los cánones científicos de la experimentación; de este modo las autoridades médicas francesas optaron por investigar el mesmerismo, encontrando que el famoso fluido magnético no existía y que los efectos curativos en las personas no eran sino simple fruto de la imaginación y la sugestión provocadas por Mesmer sobre sus pacientes.

La polémica en torno a Mesmer no demerita lo valioso de sus extravagantes planteamientos que constituyeron los cimientos de la psiquiatría dinámica. Su método terapéutico, que entonces fuese considerado charlatanería, resaltó la cura a través de la sugestión como un efecto particular entre la relación terapeuta-paciente. Esta pareja, inscrita muy atinadamente en el campo de la histeria, formará los antecedentes del concepto de transferencia, elemento crucial en la doctrina psicoanalítica.

El magnetismo animal evolucionará en la hipnosis con James Braid en Inglaterra en 1843, reemplazando la antigua teoría fluidica por la idea de la estimulación químico-psíquica. Inmediatamente el hipnotismo se unirá a las neurosis, y más específicamente a la histeria, quien ganará protagonismo con el auge de la neurología y la psiquiatría del siglo XIX.

Grande Hystérie

Para el siglo XIX la ciencia médica adquirió una inamovilidad epistemológica prevaleciente casi hasta nuestras fechas; y así mismo, la clínica se consagró como una práctica compleja y coherente en la cual se agruparían un empirismo, un método de análisis y un tipo de enseñanza específicos (Foucault, 2012), todo ello basado en la sencilla dicotomía salud-enfermedad.

La conceptualización y distinción de lo normal con respecto a lo patológico, se erigieron como un verdadero dogma científico, gracias a los postulados positivistas de Claude Bernard (1813-1878) y August Comte²⁸ (1798-1857).

Canguilhem (2011) resume convenientemente los argumentos que sirvieron a éstos dos teóricos para sustentar y elevar a rango de ciencia a la medicina; ambos otorgarían a la observación y a la experimentación fisiológica un valor único y legítimo para la comprensión de la enfermedad, y por ende, la base para el desarrollo de una terapéutica racional científica.

Siendo la precisión y la certeza las metas claras de la mentalidad positivista, el modelo médico tenía que hundir sus raíces en esta nueva forma de pensamiento, si es que quería consolidarse como ciencia en pleno derecho.

Comte –apoyado en el principio de Broussais²⁹- recalcó que, supeditado a la biología, debía existir un conocimiento previo de lo *normal*³⁰ para determinar la enfermedad a partir de ciertas variaciones –concebidas como el aumento o disminución- en los procesos fisiológicos; y que la misma enfermedad podía servir como un experimento *natural* e inherente en los procesos orgánicos, pudiendo de esta manera asentar sin vacilaciones subjetivas el conocimiento científico en el campo de la medicina.

Ey (2008) explica que la enfermedad adquirió su sentido racional y metodológico con la observación de las anomalías en el funcionamiento del cuerpo. Gracias al desarrollo de técnicas experimentales y microscópicas pudo medirse la alteración cuantitativa de sus componentes, logrando así, que la

²⁸ El positivismo inaugurado por Comte determinó una nueva forma de pensamiento que desdeñó todo aquello que, bajo sus preceptos empíricos, no podía constatarse a través de la experiencia sensible externa. Sus ideas le llevaron a formular una filosofía realista, utilitaria y relativista, en oposición a lo abstracto y especulativo que según él, representaba al pensamiento filosófico de sus predecesores (Gutiérrez, 2006, p.163). De este modo, la filosofía positiva de Comte encontró fácilmente cabida en un contexto social marcado por el auge de la revolución industrial, el cual, se perpetuara hasta nuestros días.

²⁹ Francois Broussais (1772-1838), médico francés que proclamó que todas las enfermedades -entonces conocidas-, a través de los síntomas expresaban desórdenes de las funciones vitales, pero no podían identificarse como tal si no entrañaban verdaderas lesiones de órganos o más bien de tejidos. Broussais explicó que todas las enfermedades consistían fundamentalmente en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal (Canguilhem, 2011., pp. 25-26)

³⁰ Sin embargo, esto enmarca un círculo vicioso, puesto que para Comte, el estado normal solo podía elucidarse a partir del estudio de la enfermedad.

medicina se desarrollara como una ciencia físico-química, basada en el paradigma de las ciencias exactas.

Con lo señalado anteriormente, vemos la consolidación de un discurso médico apuntalado en una perspectiva mecanicista que exigía definir a la enfermedad en términos fisiológicos y objetivos. El movimiento positivista habrá de extender estas explicaciones a las funciones intelectuales y morales, por lo que las llamadas enfermedades nerviosas y la locura pasaran a formar parte de este discurso, dando origen al nacimiento de los *dispositivos*³¹ “psi”, en los que encontraremos a la psiquiatría y a la psicología científica, apéndices del imperante paradigma médico aplicado al estudio de la *mente y sus enfermedades*.

Cabe señalar que la histeria no se registró en el campo de estas ciencias *psi* sino hasta finales del siglo XIX. Esto obedece a una razón que iremos desarrollando en este apartado, pero cuyos antecedentes han constituido la base de nuestro análisis previo: la genealogía de la histeria ha estado circunscrita a esa permanente referencia al cuerpo doliente y gozoso, que desde antaño, ha suscitado -y al mismo tiempo ha alentado- el interés de quienes a lo largo de las distintas etapas históricas, suponen un saber sobre el cuerpo y la enfermedad. Es por ello, que desde la antigüedad, pero sobre todo en la época clásica, la histeria formó parte de un discurso que concernió al cuerpo, a sus funciones y disfunciones.

Así, las últimas conceptualizaciones de la histeria –neurosis- que involucraban al sistema nervioso, condujeron a que esta se asentara de lleno en el campo de la naciente neurología, situación que provocará su disputa entre los médicos y los *alienistas* -hoy conocidos como psiquiatras-.

Ahí es donde se inscribirá el “boom” decimonónico de la histeria; etapa que significará el auge de las hipótesis nerviosas del siglo precedente que, logrando un

³¹ En la acepción Foucaultiana, un dispositivo es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho. El dispositivo tiene así una función estratégica, como por ejemplo, y de acuerdo a Foucault, la reabsorción de una masa de población flotante que es excesiva para una economía mercantilista –esta estrategia, a partir del siglo XIX funcionó como la matriz de un dispositivo que se convertiría poco a poco en el control-sujeción de la locura, de la enfermedad mental y de las neurosis- (Castro, 2004, p. 167).

nivel teórico más sofisticado y acorde al positivismo francés, derivarán en el establecimiento de la neurología como especialidad médica.

Jean Martin Charcot (1825-1893), será la figura representativa de este momento histórico, no sólo por sus contribuciones al afianzamiento de esta ciencia, sino también porque sus aportaciones al estudio de la histeria representan una especie de bisagra entre las concepciones organicistas y la definición de esta como psicopatología dentro del campo de la psiquiatría moderna; además de ser el primer médico positivista en formalizar la histeria masculina.

Lo que singularizó a esa histeria del siglo XIX fue precisamente la particularidad de su clínica, que entonces llegaría a un nivel de discriminación capaz de exigir del síntoma histérico las pruebas de su autenticidad. Los avances tecnológicos de la medicina a los que hemos aludido, ya permitían ir más allá de lo que el paciente refería verbalmente; esta confrontación del discurso del sujeto con la mirada clínica fueron los que reforzaron la idea de que la histeria pertenecía al grupo de las neurosis, aquella categoría de enfermedades que Cullen había convenientemente inventado en 1769 para distinguir las afecciones nerviosas funcionales de las verdaderas neuropatologías.

Pero desafortunadamente, para una época que ya exigía y demandaba un saber objetivo y racional, las aflicciones que comportaban síntomas *sine materia* (Álvarez, 2006) como lo eran las neurosis, comenzaban a ganar fama de simulaciones y engaños -situación que perdurará hasta nuestros días-. Se atribuía a los pacientes, especialmente a las mujeres, una intención deliberada para crear toda esa sintomatología. Morel, decía que “El amor a la verdad no es la virtud dominante del carácter de las histéricas; jamás exponen los hechos conforme a su realidad, y engañan tanto a sus maridos, sus padres, sus amigos, como a sus confesores y médicos”³²

Este tipo de argumentos fueron los que propiciaron, en parte, la transformación de la histeria en enfermedad mental, que paradójicamente, siendo la psiquiatría una ciencia que ostentaba el saber y el dominio sobre éstas, jamás

³² Morel, B.A., 1853, *Études cliniques, Traité thèorique et pratique des maladies mentales*, t. II, París, citado por Álvarez (2006, p. 117)

tuvo la intención de esclarecer en términos científicos ésta actitud imputada a los pacientes, sino todo lo contrario, continuó perpetuando el desdén y la agresión hacia los llamados histéricos.

Podemos adelantar entonces que la conceptualización clínica de la histeria, y en general la de las neurosis, contribuyeron a la diferenciación entre neurología y psiquiatría. Ésta última se constituiría como producto final del legado del alienismo, de la medicalización de la locura y del privilegio de la razón cartesiana sobre la sin-razón (Foucault, 2013a).

Pero, antes de esa *psiquiatrización* de la histeria, diremos que los síntomas nerviosos que se conocían desde el siglo XVIII, fueron los que despertaron el interés de Charcot, quien en 1862 fuera designado médico en jefe de un pabellón del Hospital de la Salpêtrière³³.

Charcot tuvo así a su alcance una gran cantidad de pacientes que integraron suficiente materia de investigación, o como él lo llamaba, “un museo patológico viviente”; especialmente porque era un pabellón conformado por mujeres y la mayoría de ellas estaban diagnosticadas como epilépticas y neuróticas -histéricas-.

Charcot, convencido de que era posible definir objetivamente a la *hystérie*, comenzó estudiando todo lo que se había publicado sobre el tema, a continuación practicó autopsias en pacientes que morían en su servicio. Posteriormente, se basó en la observación detallada de los síntomas, en el estudio sistemático de la evolución, y en la clasificación de los múltiples cuadros que pudo observar.

Al dirigir su atención a estos padecimientos y teniendo ya tras de sí un gran prestigio como neurólogo, Charcot otorgó temporalmente a la *hystérie* un estatus de enfermedad positiva, pues conforme a su metodología nosológica, detalló los signos objetivos de la enfermedad para después proceder a la descripción de cuadros típicos y regulares.

³³ Hospital público situado en París, construido en el siglo XVII bajo el mandato de Luis XIII, originalmente destinado a funciones arsenales, Luis XIV lo convertiría en hospital en 1656 para el encierro de los pobres mendigos de París. Antes de Charcot, este hospital ya había sido escenario de grandes sucesos que dieron forma a la historia de la psiquiatría y la medicina (Pérez-Rincón, 2011, p. 47)

Pero esa metodología nosológica que Charcot estableciera en torno a la *hystérie* se encontraba apoyada únicamente por los síntomas somáticos. Y es que aquello que los alienistas atribuían al aspecto *emotivo* de la *hystérie*, no interesó de momento al neurólogo ya que, debido a su orientación médica, más que curar la neurosis, a Charcot le interesaba cultivarla para satisfacer las necesidades de la investigación³⁴, y esa exploración, refiere Szasz (1976), estaba orientada a descubrir las lesiones anatómicas visibles y sobre todo a procurar establecer una clínica diferencial entre la histeria y otras enfermedades neurológicas.

Durante algunos años Charcot se respaldó en esa metodología visual que aportaban los síntomas somáticos de la *hystérie*. Las contracturas, las hemianestésias, y sobre todo la histero-epilepsia, fueron los cuadros típicos con los que Charcot lidiaba en la Salpêtrière, y que de acuerdo a su criterio, obedecían a una ley natural determinada por lesiones de regiones precisas del sistema nervioso. En el caso de la histero-epilepsia, Charcot la concibió como la forma más grave de la enfermedad, y que a pesar de su complejidad podía describirse objetivamente y distinguirse de la verdadera epilepsia.

Desde entonces, Charcot acuñó el nombre de *Grande Hystérie* a un cuadro clínico compuesto por cuatro fases que se manifestaban en mayor o menor medida en todos los enfermos:

En el ataque completo se suceden cuatro periodos con la regularidad de un mecanismo: 1) periodo epileptoide; 2) periodo de los grandes movimientos; 3) periodo de las actitudes pasionales; y 4) delirio terminal. Nada se deja al azar, todo ocurre aquí, por el contrario, según las reglas, siempre las mismas, comunes a la práctica de la ciudad y a la del hospital, válidas para todos los países, para todas las razas, en consecuencia, universal. La simulación de la que tanto se habla cuando se trata de la histeria no es, en el estado actual de nuestro conocimientos, más que un espantapájaros frente al cual sólo se detendrán los tímidos o los novatos (Pérez-Rincón, 2011, p. 57).

³⁴ Y esa necesidad, vale decir, respondía a las necesidades del Estado; pues como médico y burgués, Charcot formaba parte de ese entramado biopolítico surgido del capitalismo del siglo XIX, que socializaba el cuerpo como fuerza productiva (laboral). Foucault (1974) refiere que para la sociedad capitalista (decimonónica), lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada; el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica, ya que el control sobre los individuos se ejerce no solo por ideología o conciencia sino en el cuerpo mediante el cuerpo mismo.

En la fase epileptoide aparecía un aura que, a diferencia de la verdadera epilepsia, se establecía en una forma ascendente a partir del ovario –o los testículos, en el caso del varón³⁵- para alcanzar el cuello y manifestarse en la cabeza del paciente. En la fase dos y tres aparecían movimientos clónicos, gesticulaciones ridículas o teatrales que mimaban el miedo, la pasión, el terror; esta fase identificada por un cierto *clownismo* -que ofrecía un espectáculo de contorsiones y posiciones inimaginables- formaba una réplica de los traumas y pasiones como la ira, la súplica amorosa, el éxtasis, etc. El final estaba determinado por la etapa del delirio que en conjunto con las alucinaciones se convertían, según Charcot, en la prueba positiva de una alteración psíquica que corroboraba la alteración funcional del sistema nervioso.

Sin embargo, y pese esta delimitación supuestamente objetiva del cuadro de la *grande hystérie*, los empeños del médico francés en precisar la lesión anatómica se vieron frustrados una y otra vez. El síntoma expresado, ya sea como una parálisis o una anestesia en alguna parte del cuerpo, no correspondía a la afectación de un territorio neurológico determinado; y ya que los síntomas no eran explicables por la anatomofisiología nerviosa, Charcot finalmente tuvo que recurrir a un *oxímoron*³⁶ formulado en la noción de *lesión dinámica*.

Postel y Quérel (2000) mencionan que el neurólogo decretó que la *grande hystérie* era por lo tanto consecuencia de una lesión dinámica -facilitada en sujetos hereditariamente predispuestos- que producía sobre la corteza cerebral el aislamiento de una idea; y si bien, este planteamiento encubría tintes psicológicos que el mismo Charcot reconocía, prefirió nombrarlo como fisiología racional de la corteza cerebral.

El aislamiento de una idea, decía Charcot, no era posible a menos que se constituyera una lesión dinámica, es decir, una lesión desprovista de alteración material pero lo suficientemente importante para producir dicho efecto. Charcot

³⁵ En sus demostraciones clínicas, Charcot aludía al carácter ovárico de algunas manifestaciones de la histeria, en el caso de los varones, se refería como carácter testicular, tratando de igualar la causa uterina en los varones (Astudillo et al, 2010)

³⁶ Del griego oxymoron, figura retórica que une en un solo sintagma dos palabras de significado opuesto. <http://retorica.librodenotas.com/Recursos-estilisticos-semanticos/oximoron>

concluiría que la causa de esa lesión dinámica se encontraba en los sucesos traumáticos de la vida del sujeto.

El trauma fue pensado entonces como promotor de una idea ligada al incidente, cuyo efecto no se producía inmediatamente, sino más bien quedaba enquistada en la psique a modo de parásito, permaneciendo reservada y a merced de la sugestión, la cual se consideró ser el factor determinante para el resurgimiento de esa idea traumática y el posterior desencadenamiento de los síntomas histéricos. Y si la sugestión era la causante de la reactivación de la idea aislada y por ende de esa lesión dinámica, podía entonces inducirse el síntoma también a través de la hipnosis; de este modo, los histéricos, en especial, mujeres, brindaron a Charcot la posibilidad de experimentar con ellos y demostrar cómo operaba la dinámica de la enfermedad.

Surge así lo que Pérez-Rincón (2011) ha denominado como “*teatro de la histeria*”, una forma satírica pero a la vez atinada de referirse a la llamadas “lecciones clínicas de los martes de la Salpêtrière”. Estas fueron una tradición didáctica de la medicina parisina, tan común en aquellos ayeres, pero que con Charcot y sus pacientes terminó por convertirse en un verdadero espectáculo que se desplegaba frente a un público atento conformado por estudiantes, otros médicos, y algunos legos de la medicina. Esta audiencia observaba cómo el maestro a través de la hipnosis aparentemente inducía y/o suprimía los extravagantes síntomas de las enfermas.

La dramatización histérica escenificada en la Salpêtrière quedó reducida solamente al síntoma somático, por lo que nunca se tomó en cuenta el discurso que había detrás de ella, y que sin embargo era justamente lo que estaba determinando ese escenario teatral: las llamadas histéricas de la Salpêtrière ofrecían a Charcot y a sus discípulos la repetición de un cuadro sintomático justamente por complacencia histérica³⁷.

Y aunque en estos tiempos no se hablaba todavía de transferencia, fue la seducción entre médico y paciente la que definió ese contexto que permitió a

³⁷ De acuerdo al psicoanálisis, el deseo de la histérica es el deseo del otro; así que Charcot, creyendo descubrir en la repetición de los mismos fenómenos la estructura de la histeria, no hacía sino registrar lo que él mismo provocaba.

Charcot devolverle a la *grande hystérie* una aparente dignidad objetiva y un puesto temporalmente serio en la nosología clínica. A partir de esto, Charcot redefinió su teoría orgánica y estableció que el síntoma histérico se formaba como resultado de una *autosugestión*, la cual solo se produciría a partir de dos mecanismos, el traumatismo y la hipnosis (Postel y Quérel 2000).

La hipnosis, heredera del mesmerismo, se impuso así como un recurso con el que el terapeuta podía movilizar el *fluido nervioso* del paciente a fin de suscitar una respuesta y conminarlo a actuar y sentir en función de sus palabras. Con Charcot, la hipnosis entró de manera oficial al terreno médico siendo una herramienta clínica para la inducción y la supresión de los síntomas histéricos. Es preciso señalar que en esa época la hipnosis gozaba de cierto escepticismo pues había sido menospreciada por ser un legado del magnetismo animal de Mesmer³⁸.

Tenemos así que los síntomas conversivos, la hipnosis, la sugestión, la lesión dinámica y el traumatismo integraron el entramado conceptual que caracterizó a la *grande hystérie* del siglo XIX. Un esquema clínico que Charcot aplicó incluso de manera retrospectiva a las posesiones demoniacas, al éxtasis divino y la brujería medieval, siendo ello un refuerzo a sus ideas con las que pretendió establecer el carácter universal y atemporal de la histeria.

La delimitación nosológica de la *grande hystérie* permitió a Charcot introducir de lleno y formalmente la histeria masculina. En las lecciones clínicas de los martes de la Salpêtrière no solamente se estudiaban casos de féminas afectadas por la histeria, sino también de algunos varones.

Charcot decía que la *hystérie masculine* era prácticamente similar a la femenina; únicamente era el tipo de traumatismo lo que las diferenciaba. La *hystérie masculine* se encontraba más asociada con los accidentes laborales y ferroviarios –muy frecuentes en aquella época-, es decir, con verdaderas conmociones neuro-psíquicas, mientras que la femenina se encontraba ligada a

³⁸ En 1843, James Braid (1795-1860) introdujo por primera vez el término “hipnotismo”. Basándose en el “Mesmerismo”, Braid intentó hacer una interpretación neurofisiológica del antiguo fenómeno del sonambulismo-magnetismo en su obra “*Neurohypnology or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism*” -Neurohipnología o la racionalidad del sueño nervioso considerado en relación con el magnetismo animal- (Sarason y Sarason, 2006, p. 60)

los traumas objetivamente más sutiles y siempre pensados en el terreno de la sexualidad, aunque nunca aclarados (Astudillo *et al.* 2010).

Esta diferencia, según Charcot, no implicaba que en la histeria masculina no existiera un alto grado de sugestión para convocar a los síntomas, de hecho, eso era lo que permitiría el diagnóstico diferencial con respecto a lesiones neurológicas reales. La sugestión reactivaba la lesión dinámica propiciada por el impacto del accidente, esto se evidenciaban en las ganancias secundarias que obtenía el enfermo, como la de incapacitarse o reclamar cuantiosas indemnizaciones laborales.

Charcot apoyó sus declaraciones presentando casos clínicos de obreros que habían experimentado algún tipo de accidente, pero cuya anatomía no había sufrido lesión alguna, y que en cambio sí presentaban una serie de síntomas somáticos, como parálisis, cegueras, anestias, dolores, afonías, etc. También enunció trabajos previos a él, tales como los de su colega August Klein, quien en 1880 hubo dictado en París cinco conferencias inaugurales sobre *hystérie masculine*, llegando a reunir ochenta casos de varones afectados por esta enfermedad.

Dado a que la *hystérie masculine* se encontraba muy ligada con los accidentes férreos, Charcot prefirió usar el anglicismo que se había acuñado para dicho fenómeno: "Railway-Spine" (*Síndrome Espinal de los accidentes ferroviarios*). Torres (1977) comenta que este vocablo pudo haber sido utilizado para evitar el nombre de histeria, pues además de implicar cierta contradicción etimológica, en una sociedad misógina existía un acuerdo implícito entre la sociedad médica masculina y el enfermo varón, tal como lo refirió Israël.

La *hystérie masculine* perduró por un tiempo en el lenguaje clínico; el prestigio de Charcot permitió que en el círculo médico parisino se aceptara este diagnóstico, sobre todo porque se encontraba más asociado a los accidentes que le ocurrían a los hombres en sus lugares de trabajo y no tanto al enigma del trauma "sexual" que permanecía sin aclararse en la mujer. La aparente causa real del traumatismo histérico en los varones se igualaba a las neurosis de guerra y eso constituyó una ventaja para su aceptación positivista.

Fuera de Francia, pocos médicos aceptaban la idea de la *hystérie masculine*, así lo atestiguó S. Freud cuando incluyó el tema en el reporte entregado a la Sociedad Médica de Viena tras su estadía con Charcot en 1885. El joven Freud se enfrentó al rechazo y la burla de los médicos vieneses que no toleraban la contradicción etimológica. Los médicos, entre los que se encontraba su propio maestro Meynert, le increparon y lo desafiaron a presentar un solo caso clínico que pudiera comprobar la prevalencia de la histeria en los hombres. Tras una ardua búsqueda, Freud logró llevar ante el grupo un caso de un varón afectado de hemianestesia que se suponía correspondía a un síntoma conversivo (*Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico, 1886*). El caso fue presentado, pero su exposición fue recibida sin mayor atención.

Años después, Freud descubrirá la verdadera causa de aquél rechazo de los médicos; el propio Meynert en su lecho de muerte le confesaría que él mismo representaba un caso de histeria masculina, pues durante su juventud había sido internado por sus constantes crisis nerviosas y sus intoxicaciones con cloroformo (Tallafero,1987); Freud comprendió que con su insistencia en la histeria masculina había desenmascarado la histeria de los mismos médicos, quienes en un acto de defensa inconsciente habían adoptado esa actitud de molestia y rechazo.

A la muerte de Charcot, *la hystérie masculine* y en general la *grande hystérie* también perecieron con él. Pérez-Rincón expresa que prácticamente todos sus discípulos, colegas y alumnos renegaron de él y olvidaron la influencia que el célebre neurólogo había sembrado en ellos. Por consiguiente, no continuaron con los trabajos de la histeria propuestos por Charcot. Babinski la llevó al camino de la psiquiatría alegando a la simulación y convirtiéndola en “pitiatismo”, término que incluso en la psiquiatría moderna sigue empleándose como sinónimo de “somatización” y con el que continúa promoviéndose el rechazo a los pacientes. Gilles De la Tourette y Pierre Janet fueron los únicos discípulos que siguieron defendiendo el dogma de la Salpêtrière, siendo éste último el que más aportaría al tema con nuevas conceptualizaciones, especialmente con la teoría de la escisión de la conciencia.

La *hystérie masculine* fue integrada nuevamente al campo de las enfermedades nerviosas aplicables a ambos sexos, y se le siguió considerando un equivalente a las neurosis de guerra, tanto así, que después de las dos guerras mundiales el término fue transformándose hasta convertirse en lo que hoy en día conocemos como *Trastorno por estrés post traumático*.

Pero volviendo a esta atmósfera científicista que rodeaba a la histeria de finales del siglo XIX, y con la cuál ascendería provisionalmente a las clasificaciones diagnósticas de la práctica médica, la escuela de Nancy -también de París- se erigió como una minoría contraria a las teorías reinantes de Charcot.

Hyppolite Bernheim (1840-1919) fue el máximo representante de la escuela de Nancy y también el principal oponente de Charcot. Éste médico no únicamente pugnaba por el bienestar y el trabajo terapéutico para con los enfermos –que en la Salpêtrière mantenían únicamente el rol de sujetos de experimentación-, sino también se interesaba en desenmascarar el teatro que Charcot y sus discípulos ya habían montado en torno a la histeria.

Bernheim observó cómo la *hystérie* dentro del discurso médico se había transformado en una enfermedad general de desequilibrio y disgregación; y lo peor, que el término estaba siendo utilizado despóticamente como diagnóstico para etiquetar a todas las personas psíquicamente inestables, especialmente a las mujeres y a los desvalidos.

Inicialmente Bernheim contradijo a Charcot arguyendo que el estado hipnótico no era exclusivo de la *hystérie* y que el mecanismo que estaba en juego era meramente el de la sugestión. Afirmó que podía conseguirse la influencia sobre el paciente sin llegar a provocar el sueño, es decir, sin hipnotizarlo; y que más bien ésta –la hipnosis- no era en el fondo sino la puesta en práctica de la sugestión, más que una movilización *flúidica* de energías como lo hacía creer la escuela de la Salpêtrière (Astudillo *et al.* 2010).

Dado que la sugestión, según Bernheim, era la base para el establecimiento de los síntomas de la *hystérie*, vio en ella la importancia que tenía la relación médico-paciente para que éstos también desaparecieran. En su obra “*De la Suggestion et de son Application à la Thérapeutique*” (1887) Bernheim objetó que

era el poder de la palabra del médico la que instauraba la dinámica de la hipnosis, y por consiguiente la fuerza que controlaba al paciente gracias a un efecto muy en particular que se ha establecido en su relación con aquel.

La hipnosis aparentemente demostraba la existencia de ideas que, escapando al flujo de la conciencia, se mostraban eficaces por las acciones que desencadenaban en el paciente y de las que éste curiosamente nada sabía. El enfermo cumplía una orden sin saberlo, creyendo haberla olvidado y racionalizando su desconocimiento de la motivación de ese acto. Braunstein (1988) menciona que lo que Bernheim descubrió, pero que posteriormente el psicoanálisis terminará de precisar, fue la eficacia discursiva del inconsciente, pues sugestionado o no –hipnotizado o no- el sujeto de cualquier forma termina actuando en función de la palabra de otro.

Es en la escuela de Nancy donde Freud pasará algunas semanas tras su regreso a París durante 1889. Su estancia fue con el propósito de perfeccionar su técnica hipnótica, después de haber decidido renunciar a la neurología y empezar su práctica privada con neuróticos. La influencia de la escuela de Nancy en Freud será decisiva, pues las enseñanzas de Bernheim le llevarán a comprender la dinámica inconsciente entre el paciente y el enfermo, construyendo a partir de ello uno de los conceptos fundamentales de la clínica psicoanalítica: la transferencia, corroborando que en la práctica la existencia de este fenómeno es crucial para dirigir la cura analítica.

Aunque lo anterior constituye ya los antecedentes inmediatos de la doctrina psicoanalítica, nos encontramos todavía en la época pre-freudiana que, a través de estos términos de hipnosis, sugestión, lesión dinámica, etc., va desterrando paulatinamente a la *hystérie* del campo de la medicina somática y conduciéndola a los terrenos de la psiquiatría para definirla de lleno como una enfermedad mental. Y es que no habiendo modo alguno de integrarla perfectamente al discurso mecanicista de la neurología, su desplazamiento al campo de la joven psiquiatría era inminente.

El afianzamiento de la psiquiatría como una especialidad de la medicina moderna, que consagrara su estudio a las llamadas enfermedades mentales, fue

un proceso contemporáneo a la conceptualización clínica de la histeria que hemos ido revisando, pero que como hemos dicho, no convergerán sino hasta el final del siglo XIX.

Si bien, la preocupación por las perturbaciones del alma ha existido desde la Antigüedad y ha evolucionado a la par con la inquietud por las aflicciones del cuerpo, la evolución de este interés a ciencia, y más específicamente como agregado de la medicina, resultó de un largo proceso que comenzó formalmente en el siglo XVIII con la Ilustración y la conciencia de la locura (Foucault, 2013b).

La razón *clásica*, heredera de Descartes, dio origen a la *sin-razón*, término que ya habíamos referido y que, acuñado por Foucault, conforma el punto de partida para que se otorgue identidad a la locura. A partir de la razón cartesiana, el hombre moderno alegó que por el hecho de ser un sujeto pensante se distinguía radicalmente del loco, y que, aun existiendo algunas formas de error y engaño como el sueño -que puede llegar a asimilarse a la locura-, finalmente se tiene la verdad de la razón para saberse soñante. En cambio, la locura justamente es condición de imposibilidad del pensamiento, puesto que no hay verdad que posibilite distinguir los juicios y percepciones que se experimentan estando loco (Foucault, 2013a).

A partir de esta *sin-razón* se irán sucediendo una serie de abstracciones sobre la insensatez y la alienación -formas más comunes que englobarán la locura de la época clásica- que, siempre entrañando un peligro a la razón y a la moral, darán paso a la confección de los asilos, lugares de confinamiento pensados para mantener aislada y silenciada a la locura.

El aumento de la población alienada de los asilos -y de la locura en sí-, fueron los principales factores que motivaron el acercamiento de la medicina al internamiento de los asilos. Lo que originalmente empezaría siendo mera curiosidad por los locos, dice Foucault, desembocará en piedad y consternación, que a su vez incitará movimientos humanitarios que precipitarán a la célebre reforma de liberación protagonizada por el médico francés Philippe Pinel (1745-1826).

Pinel, que en 1795 había sido nombrado jefe médico de la Salpêtrière, logró mediante su iniciativa y prestigio personal obtener permiso de la comuna revolucionaria para remover las cadenas de algunos alienados, convencido de que tratados con bondad, estos sujetos serían más fáciles de manejar que cuando se les trataba como criminales o bestias peligrosas; la liberación dio resultados positivos y abrió paso a reformas importantes en el régimen hospitalario de los asilos.

Esta preocupación por los alineados y su trato digno, relata Ramón de la Fuente (2011), condujeron a tomar una actitud científica con respecto a la locura, dando pie a la introducción formal de la medicina al campo de la locura.

En 1800, con su obra titulada "*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*"³⁹, Pinel reunió a la medicina con la filosofía, intentado finiquitar el antiguo debate sobre la exclusividad epistemológica delimitada para cada una de estas ciencias: el cuerpo para la medicina, y el alma para la filosofía. De este modo, incorporó la teoría de las pasiones -extraída del pensamiento filosófico Antiguo- a la medicina, con el propósito de definir y explicar la locura y las enfermedades del alma.

De este modo, nos dicen Postel y Quérel (2000) en su libro *Historia de la psiquiatría*, la medicina filosófica de Pinel concibió a la alineación como la exaltación extrema de las pasiones, cuyos efectos repercutían en lo moral y en las funciones psíquicas. La propuesta de Pinel, basada en este argumento, consistió en hacer de la medicina un sustituto de esa moral perturbada, ya que de acuerdo al médico francés, la medicina "es la única capaz de fijar de manera invariable las leyes eternas de la moral [...], y de analizar los efectos de sus pasiones sobre todas las afecciones orgánicas y aprender a distinguir las nocivas de las indiferentes o necesarias para el mantenimiento de la vida y de la felicidad"⁴⁰. Es así como la medicina filosófica de Pinel asienta el tratamiento moral para las enfermedades del alma, siendo este el antecedente a lo que hoy denominamos psicoterapia.

³⁹ Tratado médico-filosófico sobre la locura o la manía.

⁴⁰ Pinel, P., 1798, *Nosographie philosophique*, citado en (Postel y Quérel, 2000, p. 142)

El alumno y sucesor de Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), se integra a este impulso por la ciencia médica de la locura. Esquirol es la figura determinante en la aparición del primer sistema clasificatorio moderno de la locura, o como bien lo refiriera Foucault, el sistema que pone al loco en el “jardín de las especies”⁴¹.

Si bien el método de Esquirol se considera el cimiento de la moderna nosología psiquiátrica, antes de él existieron otros personajes a los que alude Foucault como inauguradores de un sistema botánico clasificatorio de la locura; una categorización nacida de esa perspectiva en la que el loco se convierte en objeto de análisis racional. Entre los precursores de Esquirol se encuentran: Plater, con su libro sobre las lesiones de las funciones publicado en 1609 y denominado “*Praxeos Tractatus*”; Jonston que aborda las enfermedades del cerebro en su “*Idea universal de la medicina*” de 1644; Boissier de Sauvages con “*Nosología Metódica*” (1763); Linneo y su “*Genera Morborum*” (1763); y Weickhard, que en 1790 distingue las enfermedades del espíritu y las enfermedades del sentimiento, cada una de ellas con su respectiva subdivisión en especies.

Esquirol por su parte, abandonó el dominio de la especulación para dedicarse de lleno a la observación y la clínica, lo que le permitió trazar cuadros admirables de las formas principales de la locura. En 1805, publica su teoría “*Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'alienation mentale*”⁴², en la que al igual que su antecesor Pinel, retoma todos los lugares comunes sobre la influencia de las pasiones en el organismo, estableciendo una semejanza entre estas y la alienación, apuntando que todas las especies de locura tenían su analogía con cada una de las pasiones humanas, entrañando más bien una diferencia cuantitativa (Postel y Quérel, 2000).

La categorización *esquiroliana* en la que se fundamentan las posteriores clasificaciones diagnósticas, resultó de la división de la antigua melancolía en

⁴¹ Esta designación surge por el imperioso afán de los clasificadores del siglo XVIII y XIX en reducir todas las enfermedades a especies precisas, tal y como los botánicos lo habían hecho con las plantas, de ahí que Foucault señale ésta metáfora sobre la empeñosa transferencia de los desórdenes de la enfermedad al orden de la vegetación (Foucault, 2013a, pp. 295-296).

⁴² Las pasiones, consideradas como causas, síntomas y medios curativos de la locura.

lipemanía y monomanía. Esta distinción en el argot psiquiátrico moderno corresponde al diagnóstico ancestral de la depresión y la psicosis delirante crónica. Ambas correspondían a la exacerbación de las pasiones como el amor, los celos, la ira, la tristeza, el temor, etc. A esta sistematización se añadirá el aislamiento conceptual de la alucinación como fenómeno presente y determinante en toda variedad de locura. Esquirol es quien afianza esa idea de que la alucinación es el síntoma frecuente y concluyente del cuadro clínico de la locura.

La categorización de Esquirol implantó el hábito de *ver* enfermos que sufren donde no había más que sustrato de la sin-razón. Esa fue la base para la creciente práctica psiquiátrica que, adhiriéndose al modelo médico positivista⁴³, “Privilegió la mirada del cuerpo en detrimento del habla, del discurso, del delirio del sujeto: el cual expresa las contradicciones de su entorno social y cultural” (Alburquerque, 2011, p.47).

Habiendo hecho este paréntesis sobre una brevísima historia de la consolidación del discurso psiquiátrico, retomemos el hilo conductor, viendo cómo la histeria pasó de ser objeto de estudio de la neurología a formar parte del discurso psiquiátrico, el cual más tarde, paradójicamente la desterrará de sí mismo.

Hemos visto cómo la *hystérie* generó dentro de la misma neurología dos tendencias: la organicista y la psicogenética. En la primera, la *hystérie* era pensada como una enfermedad cerebral de naturaleza fisiológica y sustrato hereditario. Para la segunda, no habiendo una clara etiología orgánica, se trataba de una neurosis, es decir, una afección funcional sin inflamación ni lesión orgánica y que por lo tanto correspondía a los dispositivos psi descifrarla y comprenderla. En esta cuestión no hay otra cosa más que una lucha y una desesperación por embonar forzosamente a la histeria en el discurso médico, teniendo para ello dos únicas alternativas: el sustrato fisiológico o la explicación psíquica.

⁴³ Henri Ey (2008) expresa que dada la complejidad, lo difícil y lo enorme de su objeto de estudio -que se inscribe en las relaciones de lo físico y lo moral-, el psiquiatra se vio sobrepasado y se refugió en el positivismo. Al hacerlo, el psiquiatra tuvo que enfatizar lo mecánico, despojando de subjetividad lo psíquico, renunciando a lo mental de él mismo, en este sentido, la psiquiatría recurrió al cartesianismo para construir su discurso y mantenerlo dentro de la credibilidad del positivismo.

A simple vista parecen posturas distintas, pero en realidad la versión psicogenética de la *hystérie*, la que remite a las neurosis, conserva un resquicio de organicidad. Esto se vislumbra si volvemos una vez más la mirada a esa época previa al surgimiento de la neurología, en la que la fisiología se esforzó por aislar y conocer exactamente las funciones y el papel del sistema nervioso –sensibilidad e irritación; sensación y movimiento-. En su asenso como ciencia, la medicina empleó de forma un tanto difusa, y posteriormente abusiva, el conocimiento aportado por esa fisiología del sistema nervioso, otorgándole unidad indistinta a la percepción patológica; la irritabilidad como propiedad de la fibra nerviosa, se confundió en la medicina con la irritación, entendida como estado patológico. De tal suerte, dice Foucault (2013a), que las enfermedades nerviosas, al llamarse así, suponían al menos una “irritación” del sistema nervioso.

Ahora bien, lo que hizo que las enfermedades de los nervios pasaran al campo de la psiquiatría fue por las afectaciones morales que estas irritaciones implicaban. Nos dice Foucault (2013a):

Mientras las enfermedades nerviosas estuvieron asociadas a los movimientos orgánicos del cuerpo, fueron situadas dentro de una cierta ética del deseo; significaba el desquite de un tosco cuerpo; la enfermedad se originaba en una gran violencia. En adelante uno se enferma por sentir demasiado; se sufre por una solidaridad excesiva con todos los seres que rodean a uno. Ya no se está forzado su naturaleza secreta; se es víctima de todo aquello que, en la superficie del mundo, solicita el cuerpo y el alma. De todo esto se desprende que el enfermo es a la vez más inocente y más culpable (p.459).

Por lo tanto esa extrema sensibilidad producto de la irritabilidad y que se aparta de la sensación -como función *normal* de los nervios- traslada a las enfermedades nerviosas, y a la histeria, a los terrenos de la sin-razón; ya que cuando la razón no comprende el exceso mismo de su sensibilidad, refiere Foucault, aparece la locura.

Vemos como este argumento propuesto por el pensador francés, justifica el arrastre de la histeria al mundo de la sin-razón, y por consiguiente su inscripción a la psiquiatría moderna. No obstante, el mismo autor ya nos ha propuesto un

argumento mucho mayor en su obra *Historia de la sexualidad*, que hemos tomado como punto de partida para el presente capítulo.

La histerización del cuerpo, nos dijo Foucault, constituyó una estrategia del biopoder para la creación o consolidación de dispositivos de saber-poder dentro del entramado biopolítico capitalista, esos dispositivos como ya lo pudimos ver, fueron la neurología, que en este caso se robusteció con la histeria y la fama de Charcot; y la psiquiatría, que se nutrió de la patologización del sexo y de la sinrazón histérica.

CAPITULO 3

EL DISCURSO HISTÉRICO Y LA CLÍNICA ACTUAL

Para distinguir lo masculino de lo femenino en la vida anímica nos sirve una ecuación convencional y empírica, a todas luces insuficiente. Llamamos “masculino” a todo cuanto es fuerte y activo, y “femenino” a lo débil y pasivo.

Sigmund Freud

La histeria: desafío al ojo clínico y surgimiento de la escucha analítica

Hemos constatado que a partir del siglo XIX quedó establecido el discurso médico positivista tal y como lo conocemos ahora. Si consideramos que originalmente la medicina surgió como una preocupación por la salud y el sufrimiento doloroso de los cuerpos (Canguilhem, 2011), conforme el conocimiento científico progresó, esa preocupación por la salud y la fisiología se relegó a segundo plano en favor del interés por lo patológico.

Sin duda, esto tiene mucho que ver con la medicalización de la vida, aquél fenómeno al que ya hemos aludido en el primer capítulo antes de iniciar nuestro recorrido genealógico de la histeria, y es el que desde el siglo XVIII ha posibilitado el sostén y el funcionamiento de las ciencias médicas, y que corresponde a un entramado de orden ideológico ya analizado en el capítulo precedente.

Bajo este esquema, la meta de la medicina ha sido llevar al sujeto a un estado de bienestar, de adaptación y de equilibrio; esto es, “silenciar a los órganos” (Braunstein, 2006, p.21), suprimir lo patológico que en ellos pueda existir, y disolver aquello que cada día, mediante la ciencia, se revela como un potencial perjuicio a ese bienestar. En pocas palabras es *normalizar* el cuerpo cuando este se desvía de un cierto parámetro funcional. Y para hacerlo, es preciso someterlo a una mirada exhaustiva, crítica y objetiva... es echar mano de la clínica, esa disciplina que “inaugura una lógica del conocimiento a través de la

mirada, la mirada sobre el cuerpo del enfermo [...] que no sólo se ocupará del cuerpo, sino también de la conducta del hombre” (Albuquerque, 2011, p.45).

Esta hegemonía de la mirada nos remonta a otro concepto acuñado por Foucault: *la panóptica*⁴⁴. Con éste término, el filósofo definió el paradigma en el que se articularon y afianzaron los dispositivos de saber-poder, que mediante el amparo del método científico implantarían una nueva forma de medir, estudiar y normalizar el cuerpo humano.

Para Albuquerque (2011), la panóptica en las ciencias de la conducta tiene su sucesor en la cámara de Gesell⁴⁵, uno de los instrumentos más socorridos por la psiquiatría y la psicología para el estudio y observación de los sujetos. La cámara de Gesell, además de demostrarnos que “la ideología científica está vinculada con una concepción voyeurista del conocimiento” (p.47), ejemplifica claramente cómo los métodos y las técnicas de los dispositivos psi mantienen esa tendencia de auscultar y controlar el cuerpo a imagen y semejanza de la fisiopatología.

Sin embargo, esta situación lo que revela es una importante contradicción epistemológica: el objeto de estudio que construye estas disciplinas -y con el que incluso sostienen su estatus de ciencias psi- no se encuentra exclusivamente delimitado anatómicamente y fisiológicamente, y por lo tanto no puede someterse fácilmente al escrutinio de la mirada objetiva y normalizadora; además, el psicoanálisis enseña que paradójicamente lo que constituye la clínica de estas

⁴⁴ Foucault tomó este concepto del filósofo inglés Jeremy Bentham, quien en 1791 hubo planteado la idea de un centro penitenciario en el que un solo vigilante pudiera observar a todos los prisioneros sin que estos supieran si estaban siendo observados o no. De forma circular, el edificio panóptico concentraba las celdas alrededor de una única torre en la que ocupa su lugar el vigilante. De acuerdo a Foucault, el poder disciplinario está basado en este panóptico: “El asilo psiquiátrico, la penitenciaría, la correccional, el establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales. De manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él de manera individual una vigilancia constante, etc.” (Foucault, 2002, p. 184)

⁴⁵ La cámara Gesell (CG) fue creada por el estadounidense Arnold Gesell (1880-1961), psicólogo que se dedicó a estudiar las etapas del desarrollo de los niños. Básicamente, la CG consiste en dos habitaciones con una pared divisoria en la que hay un vidrio de gran tamaño que permite ver desde una de las habitaciones lo que ocurre en la otra –donde se realiza la entrevista-, pero no al revés. Gesell la creó para observar las conductas de los niños sin que éstos se sintieran presionados por la mirada de un observador.

disciplinas es la queja que, a través del discurso del sujeto, encubre un conflicto entre su deseo y el medio social que lo controla, vigila y pone límites a su cuerpo.

Por ello, no es de extrañarnos que esa queja diera lugar a un verdadero estallido de fenómenos clínicos *observables* y *medibles* que aumentarán conforme va evolucionando la medicina *panóptica* -en su vertiente psiquiátrica-. La clasificación nosológica de Esquirol con la que se inauguraría esta especialidad, ya había trazado el camino para la posterior aparición de estas -cada vez más- especies y subespecies de enfermedades en el jardín de la locura.

La forma de objetivar y rotular el sufrimiento se igualó al sistema diagnóstico de la fisiopatología. Con ello no sólo se estaba complaciendo a los mandatos del positivismo panóptico, sino también se mantenía estable la separación mente-cuerpo que desde entonces había estado dando forma y sentido a las especialidades médicas.

Y sin embargo... la histeria quebrantó el edicto del paradigma panóptico y el enfoque cartesiano. No es de sorprender si vemos cómo la genealogía histórica se ha construido en torno a esa subversión al saber-poder absoluto de cada época, y que en una era intoxicada de científicismo no iba a declinar fácilmente a los intentos de la medicina por transformarla en una disfunción orgánica, medible y suprimible. Por eso, la histeria vuelve a desafiar a los médicos escapando de la clínica objetiva y de las concepciones del cuerpo-máquina. La medicina para ello, siguiendo los pasos de la Iglesia -que tiempo atrás había hecho de los santos, la tortura y el fuego los métodos idóneos para controlarla-, se apoyará en la cirugía, la química y el asilo para hacerla callar.

Pero los esfuerzos positivistas de apresar a la histeria fueron en vano; ya lo vimos con Charcot y sus discípulos. El mismo S. Freud, formado en este modelo biologicista y siguiendo las enseñanzas del neurólogo francés, también lo intentó, pero a diferencia de sus antecesores y su maestro, él se internaría y descubriría en la histeria un saber muy distinto al que presumía poseer la medicina, dándole oportunidad de hablar y manifestar lo que durante años le había sido vetado.

La histeria enseñó que el “yo pienso”, del cual se sentía orgulloso el hombre occidental y con el cual se liberaba de toda duda, existe un “algo piensa” que lo determina. Estamos ante las formulaciones del inconsciente que, en manos de Freud, constituyeron un verdadero golpe a la soberbia científicista, igualándose a las dos grandes heridas que Copérnico y Darwin ya habían infligido previamente al narcisismo de la humanidad⁴⁶.

El impacto del descubrimiento del inconsciente -gracias a la histeria- fue colosal, pues alcanzó a las raíces de la ciencia misma que, fundándose en el *cogito cartesiano*, había depositado toda la certeza en el *yo consciente*.

Pero si la histeria constituyó una transgresión al modelo panóptico y cartesiano de las ciencias humanas, también lo fue para la concepción biologicista de la sexualidad, revelando que en el ser humano esta no se limita únicamente a la función reproductora, y que para fines psicológicos no basta con una definición correlativa a las glándulas genésicas que distinguen entre macho y hembra.

El controversial aporte del pensamiento freudiano fue precisamente haber otorgado un papel decisivo a la sexualidad en la génesis de la subjetividad, la personalidad y el sufrimiento neurótico. El reconocimiento de una sexualidad infantil, así como del sentido sexual inconsciente de muchos de nuestros actos y representaciones, derivó en el planteamiento fundamental del psicoanálisis que alude a que la sexualidad humana se encuentra subvertida, de entrada, por el lenguaje, y el término (el falo)⁴⁷ que designa sus efectos, no tendrá en sí mismo un valor masculino o femenino (Chemama y Vandermersch, 2010).

Es la experiencia clínica con la histeria la que condujo a estas ideas; y es que ella nos muestra, efectivamente, hasta qué punto la cuestión del sexo insiste en el inconsciente, no tanto la cuestión de la actividad sexual genital (o inactividad sexual como se creía desde la antigüedad) sino la problemática de la

⁴⁶ Nicolás Copérnico (1473- 1543) demostró que el hombre y la tierra no eran el centro del universo, al formular su teoría heliocentrista que colocó al Sol como eje del universo. Por su parte Charles Darwin (1809-1822) impactó en la creencia universal del origen divino del hombre, apuntando con su teoría de la evolución, que al igual que el resto de los organismos, el hombre era resultado de un proceso evolutivo y cuyo ancestro era la especie homínida.

⁴⁷ Referirse a nota al pie de la página 43 (Capítulo 1).

diferenciación de los sexos desde el momento en que un mismo significante⁴⁸ los homogeneiza, y con ello, particularmente, la cuestión de qué es lo femenino, es decir, qué es ser una mujer.

De hecho, la reflexión exhaustiva llevó a Freud a establecer que los síntomas neuróticos -tomando de paradigma a la histeria- encubrían una conflictiva que atañe a una bisexualidad inherente a la estructuración subjetiva del sujeto:

Un síntoma histérico es expresión, por un lado, de una fantasía masculina y, por otro, de otra femenina, ambas sexuales e inconscientes [...] el significado bisexual de síntomas histéricos, demostrable por lo menos en numerosos casos, es por cierto una prueba interesante de la aseveración, por mí sustentada, de que la disposición bisexual que suponemos en los seres humanos se puede discernir con particular nitidez en los psiconeuróticos por medio del psicoanálisis (Freud, 1908/2006n, p.146).

De esta forma, el psicoanálisis evidenció las fallas de la medicina en relación a la histeria. En primer lugar, estaba esa arbitraria división del sujeto *psico-somático* que se había implantado como paradigma absoluto a las ciencias humanas. En segundo lugar, el error de la ciencia de haber consignado todo el trabajo epistemológico al ojo y a la razón-consciente, pues con ello no había hecho más que montar sus propias limitaciones cognoscitivas con respecto a su

⁴⁸ El significante “falo”. El término “significante” adquiere una relevancia dentro del psicoanálisis con Lacan, que a su vez lo toma de la obra del lingüista suizo Ferdinand de Saussure (1857-1913). Este último lo definía como el elemento fonológico del “signo”; no el sonido en sí, sino la imagen mental de ese sonido. En los términos de Saussure, el significante es la “imagen acústica” que significa un “significado”. De esta manera, el significado y el significante son interdependientes, pero para Lacan el significante es primario y produce el significado. El significante es en primer lugar un elemento material sin sentido que forma parte de un sistema diferencial cerrado; este “significante sin el significado” es denominado por Lacan “significante puro”, aunque se trata aquí de una precedencia lógica, y no cronológica. Los efectos del significante sobre el sujeto constituyen el inconsciente, de modo que para Lacan el lenguaje no es un sistema de signos (como lo era para Saussure), sino un sistema de significantes. O sea, los significantes son las unidades básicas del lenguaje, o del orden simbólico. Lacan define el significante como “lo que representa a un sujeto para otro significante”, en oposición al signo, que representa algo para alguien. Si bien es cierto que cuando Lacan habla de los significantes a menudo se refiere a lo que otros llamarían sencillamente “palabras”, estos dos términos no son equivalentes. También pueden funcionar como significantes unidades de lenguajes más pequeñas que las palabras (morfemas y fonemas) o más grandes que las palabras (frases u oraciones), y además pueden hacerlo antes no lingüísticos, por ejemplo objetos, relaciones y actos sintomáticos (Evans, 2010, p. 177)

complejo objeto de estudio; así como el predicamento que surge cuando las personas que quieren estudiar *personas* exige despojarse de lo subjetivo, de lo humano, por así decirlo, ya que como lo menciona Devereux (2012), la dificultad estriba en que el científico también ocupa en un universo relativista un espacio psicológico, que también se encuentra dominado por fuerzas inconscientes y que requiere adentrarse en sí mismo y conocerlas. Y por último, la visión reduccionista de conceptualizar la sexualidad humana, equiparándola con el resto de funciones corporales, siendo tan distinta a la del resto de los animales y tan conflictiva y decisiva para el comportamiento y los procesos psíquicos.

Sigmund Freud y la histeria

Pero para llegar a estas conceptualizaciones, que hoy resultan cruciales para la comprensión de nuestra clínica cotidiana, es preciso exponer de forma sucinta su gradual desarrollo. Para ello, es importante mencionar que Freud tuvo que dejar de lado la primacía del ojo clínico y empezó a escuchar. Ese es el punto de partida que hoy el psicoanálisis nos invita a retomar para rescatar nuestra clínica del uso excesivo de los métodos basados solamente en “la evidencia”⁴⁹.

En tiempos de Freud, los conocimientos de neurología y anatomía reiteradamente puestos a prueba, estaban siendo socavados por quienes se suponía que iban a confirmarlos: los pacientes. Todos los colegas mayores y más sabios de la época sugerían que esos pacientes simulaban, eran sugestionables, o bien, degenerados con vicios hereditarios. Quizá padecían de una lesión dinámica, es decir, una alteración que debía existir pero no podía encontrarse a través de la mirada clínica; por lo tanto, siendo síntomas *sine materia* pero finalmente síntomas, había que ubicarlos en la categoría de enfermedad nerviosa. Así, ya fueran nerviosos o “embusteros”, la psiquiatría se encargaría de ellos por tan molesta y desconcertante conducta. Algunos colegas de Freud, más benévolos, empezaron a derivar estos pacientes al joven médico; para ellos era

⁴⁹ Moriana y Martínez (2011) definen a la psicología basada en la evidencia como un modelo teórico que asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental. Su referencia inicial es la medicina y la metodología utilizada en los estudios clínicos con fármacos, y su mayor limitación las enormes fuentes de variabilidad que tiene la psicología al trabajar directamente con el comportamiento de las personas.

una oportunidad de desembarazarse de clientes/pacientes histéricos, y para él, la oportunidad de ganarse la vida a través de la práctica privada.

Sin embargo, Freud inauguró algo impensado desde el momento en que dejó de “ver” los síntomas de esos infortunados pacientes, pensando que en la histeria no había espectáculo, sino que había que restituir en los síntomas somáticos su valor de metáfora y, en consecuencia, de escucharlos. Esto abrió un mundo de percepciones que en el campo médico parecía nuevo.

Al lado de Joseph Breuer (1842-1925)⁵⁰ Freud postuló la existencia de un vínculo simbólico entre el síntoma somático y su causa: un trauma de orden psíquico. Dicho trauma se consideró como un afecto penoso provocado por uno o varios acontecimientos, que persisten tal cual por no haber encontrado su solución en una respuesta dada. Los síntomas parecían disolverse por medio del método catártico, ya que éstos aparentemente desaparecían cuando se lograba evocar el recuerdo del suceso provocador, supuestamente real, y así se daba expresión verbal al afecto concomitante. Con la ayuda de la sugestión hipnótica, se accedía al acto de apalabrar el recuerdo de la escena traumática, después, había que arrancar el recuerdo trozo por trozo (Freud, 1896/2006g).

Durante este fructífero periodo, aparecieron los grandes conceptos que con el tiempo se convertirían en los pilares del psicoanálisis: la represión, la

⁵⁰ Médico austriaco al que se le debe el descubrimiento del mecanismo de la autorregulación de la respiración y del control de las posturas del cuerpo por el laberinto, pero también por el hecho de abrir camino a Freud en la teoría del inconsciente y del método analítico, anticipado por Breuer como método catártico. Breuer contó a Freud que en 1880 hubo atendido a una joven paciente aquejada de una gran variedad de síntomas histéricos; se trataba de Bertha Pappenheim (1859-1936) bajo el seudónimo de Anna O. En ese momento, el método terapéutico que Breuer ideó fue poner a la paciente bajo hipnosis superficial, conminándola a suprimir gradualmente sus síntomas durante el estado onírico. En el curso de ese tratamiento la joven empezó a hablar de acontecimientos pasados; Breuer comprobó que eran experiencias penosas, las cuales aparentemente, no recordaba durante el estado de vigilia. En cada ocasión que el médico la hipnotizaba, ella recordaba algo que se encontraba ligado de alguna manera con uno de sus síntomas. Tras el recuerdo, desaparecía el síntoma asociado con él; parecía que al hablar, se daba una especie de evacuación de los residuos de experiencias dolorosas pasadas. Breuer descubrió de este modo en Anna O, que las dolencias físicas en la histeria eran el resultado de la acción permanente de ciertas experiencias traumáticas del pasado que por su inadmisibilidad se habían reprimido, si bien no olvidado del todo, y que liberando dichos pensamientos reprimidos, verbalizándolos y aceptándolos de manera consciente, los síntomas desaparecían. La misma Anna O comenzó a referirse a este ejercicio de liberación como *talking cure* o *chimney sweeping* (*cura por la palabra, limpieza de chimenea*), Breuer le llamó método catártico, mismo que atraería la atención de Freud, quien comenzó a investigar entre sus propios pacientes para ver si presentaban las mismas situaciones y sobre todo, si la sintomatología se modificaba por el mismo método (Thompson, 2012).

abreacción, la defensa, la resistencia y, finalmente, la conversión, término con el que Freud intentó explicar cómo una energía libidinal pasaba de una inervación somática a una somatización con significación simbólica y que resultaba en la sintomatología histérica.

Los tipos de histeria descritos originalmente por Breuer y Freud en 1895 (hipnoide, de retención y de defensa), fueron abandonados más tarde en favor de una simplificación nosológica: histeria de conversión e histeria de angustia⁵¹. Para Freud el mecanismo de la conversión caracterizaba a la histeria en general, aunque con la conceptualización de la histeria de angustia, pronto el cuadro conversivo pasó a ser una de sus formas clínicas, llegando a enunciar que podía haber histerias de conversión puras sin angustia alguna, y angustias fóbicas simples sin fenómenos conversivos (Freud, 1905/2006k).

No obstante, nos dicen Laplanche y Pontalis (1996), en la medida en que Freud descubrió rasgos *etiopatogénicos* fundamentales en la histeria de conversión, el psicoanálisis logró relacionar con una misma estructura histérica diversos cuadros clínicos que se traducen en la organización de la personalidad y el modo de existencia, tales como la obsesión y las perversiones. Incluso, siguiendo este esquema, Freud se convenció que la histeria era una entidad que podía situarse también en los sujetos varones, tal y como ya lo había presenciado años atrás con su maestro Charcot.

De algún modo, con Freud, la conceptualización de las neurosis apoyada en el modelo estructural de la histeria, continuó la tendencia que ya se había instaurado a partir del siglo XVIII con Cullen: la de considerar a las enfermedades nerviosas en la misma línea filogenética de la histeria. Empero, la diferencia con respecto a esta antigua clasificación, radicaría en que Freud desarrolló una teoría más completa que explicaba el origen y la dinámica interna de estas, dejando de lado la insuficiente doctrina mecanicista que apuntaba a una irritación de los nervios fruto de la abstinencia o el desbordamiento sexual. En efecto, Freud

⁵¹ El término de histeria de angustia ingresó al lenguaje psicoanalítico en 1908, con el fin de aislar una neurosis cuyo síntoma principal es la fobia. Se planteó una similitud estructural con la histeria de conversión. El mecanismo constitutivo de la histeria de angustia sería el desplazamiento hacia un objeto fóbico, de una angustia que originalmente era libre y no ligado a un objeto (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 172)

retoma la sexualidad como génesis de las neurosis, pero su formulación va más allá de la genitalidad y de los límites biológicos impuestos por el cientificismo positivo -y su burda histerización del cuerpo-.

En la sexualidad, Freud encuentra la naturaleza real del trauma; es el origen de aquellas representaciones susceptibles de provocar efectos displacenteros de los cuales el sujeto no quiere saber nada y levanta para sí una defensa. Él irá descubriendo mediante la escucha analítica que los traumas iniciales que motivaban la queja inmediata del sujeto, se encontraban vinculados con traumas de mayor antigüedad de la primera infancia. Era como ir pelando una cebolla, debajo de una capa había otra y otra... eran capas que habían ido formándose alrededor de un núcleo:

Si se parte de un caso que ofrece varios síntomas, por medio del análisis se llega, a partir de cada síntoma, a una serie de vivencias cuyos recuerdos están recíprocamente encadenados en la asociación. Al comienzo, las diversas cadenas de recuerdos presentan, hacia atrás, unas trayectorias distintas, pero, como ya se indicó, están ramificadas; desde una escena se alcanzan al mismo tiempo dos o más recuerdos, y, a su vez, de estos parten cadenas colaterales cuyos distintos eslabones acaso están asociativamente enlazados con eslabones de la cadena principal. (Freud, 1898/2006h, p.197)

Para Freud no importaba el caso o el síntoma desde el cual se partiera, había una causa homogénea que lograba vislumbrarse si con paciencia y empeño se seguía el camino labrado por la sintomatología. La frecuente reacción anormal que los histéricos presentaban ante situaciones sexuales, vividas la mayoría de las veces en la pubertad, fue también un indicador que vino a integrarse a su sospecha sobre un trauma sexual primitivo. Conjeturó que se trataba de una situación no deseada, sufrida como consecuencia de la intervención seductora de un adulto sobre del niño; de modo que la histeria parecía ser una reacción posterior a la sexualidad en tanto que “perversión desautorizada” (Freud, 1895/2006e, p.279), el síntoma era entonces el signo de ese conflicto.

En su primera nosología, Freud utilizó como categoría articuladora la defensa. Estudió las motivaciones de una gran variedad de “dolores histéricos” en los historiales de la primera época, y terminó por considerar que el fundamento de la conversión es la incompatibilidad de una idea, o un grupo de ellas, con el cúmulo de representaciones dominante en el yo, es decir, en conflicto. Dicho conflicto ocasiona un displacer, un dolor psíquico, que trae consigo la exclusión de un grupo de representaciones que forman un grupo psíquico separado. El recuerdo de dichas impresiones obliga al yo a la defensa para restablecer el estado anterior.

Cabe aclarar que no toda representación sexual, en sí misma, era considerada capaz de suscitar un placer intolerable, sino sólo en la medida en que compromete ciertos intereses éticos y estéticos del yo. Es así como establece Freud que “el histérico sufre de reminiscencias, ligadas a un afecto insoportable inconsciente” (Freud, 1896/2006g, p.33). Los conflictos psíquicos inconscientes se expresan de manera teatral y en forma de simbolizaciones, a través de síntomas corporales paroxísticos (ataques o convulsiones de aspecto epiléptico) o duraderos (parálisis, contracturas, ceguera).

El mecanismo psíquico del fenómeno histérico de conversión (no son los únicos síntomas) revela que al afecto es convertido en un fenómeno somático. Este fenómeno somático proviene de la dinámica de las representaciones y la conversión es la producción ideógena de fenómenos somáticos. En estos casos, decía Freud que “un dolor físico representa un dolor psíquico, es decir, una dolencia real se constituye en símbolo mnémico de un grupo de recuerdos; denomina a esto facilitación somática pues el mecanismo de defensa que rige la formación del síntoma histérico es calificado como represión de una representación incompatible con el yo” (Freud, 1896/ 2006g, p.214).

Al afirmar Freud que el trauma estaba siempre ligado a una experiencia sexual precoz vivida con displacer, comprendiendo en ello también a los varones, libera a la histeria de su condición exclusivamente femenina.

Los síntomas entonces, advierte, sólo son el retorno de lo reprimido, no lo reprimido. De modo que la histeria no es más que un caso entre otros de ese

fenómeno general que es el carácter infantil de la sexualidad humana y de las fantasías de deseo edípico (incesto y parricidio). Finalmente, concluye que ese infantilismo se debe a que la sexualidad es traumática por sí misma y no por accidente. Es decir, Freud se ve obligado a revisar y modificar la teoría de la seducción como génesis de la neurosis, y descubre que independientemente de cualquier episodio real existe un fantasma de seducción; aunque en la infancia hubieran sido víctimas de abusos o violencias, el trauma no podía ser la explicación única de la cuestión de la sexualidad humana.

Junto a la realidad material, afirma Freud, hay una realidad psíquica igualmente importante en la historia del sujeto. Al respecto, es relevante la carta a Fliess donde le confiesa “ya no creo más en mi neurótica” (Freud, 1897/2006c, p.301), poniendo en duda la veracidad de los relatos de asaltos sexuales infantiles narrados por las pacientes lo que le lleva a concluir que “En lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto” (Freud, 1895/2006f, p.302). Por lo tanto, la conversión histérica debía considerarse un modo de realización de algún tipo de deseo infantil; un deseo que a la postre será considerado como insatisfecho.

Todo esto lo conduce, después de abandonar la teoría de la seducción y posteriormente a la publicación en 1900 de la *Interpretación de los sueños*, a reconocer el conflicto psíquico inconsciente como causa principal de la histeria. Ingresa, de la mano de estos acontecimientos, a la etapa propiamente psicoanalítica.

En un primer momento, resumiendo hasta 1897, Freud adopta ideas compartidas por otros médicos de la época y elabora su teoría del origen traumático (seducción real). Posteriormente renuncia a ella y desarrolla la concepción de las fantasías histéricas; estas fantasías remiten a las configuraciones primarias de las relaciones libidinosas. El síntoma pasa a ser expresión de un conflicto inconsciente y realización de fantasías inconscientes que sirven al cumplimiento del deseo; estas son situadas teóricamente con relación a

las vicisitudes del narcisismo respecto del “complejo de Edipo”⁵² y del “complejo de castración”⁵³. Al término de la maduración de la pubertad, plantea Freud, pueden coincidir la polaridad sexual y la polaridad masculino-femenino, pero esto viene preparado durante la infancia anterior a la latencia. Así, las neurosis se caracterizan por presentar un núcleo irreductible, no simbolizable ni analizable en su fisonomía más radical.

La escena de seducción real es sustituida por una fantasía, sin que esto implique un menoscabo de la eficacia del acontecimiento. Se produce, por lo tanto, una redefinición del trauma como una formación psíquica cuya función consiste en el encubrimiento de la propia sexualidad infantil. Entre el recuerdo y el síntoma se interponen fantasías que son producciones de recuerdos. Finalmente, Freud vincula la seducción al complejo de Edipo; es la madre quien ejerce la seducción sobre el niño, suscitando la sexualidad y, con ello, creando las condiciones estructurales para la consolidación del complejo de castración.

Cuando Freud incursiona más en la temática de la satisfacción pulsional, advierte que las fantasías representan en pleno la sexualidad infantil y el autoerotismo. Son satisfacciones de deseos nacidas de la privación y del anhelo; su prototipo normal serán los “sueños diurnos”, y la fantasía inconsciente será premisa psíquica de una serie de síntomas histéricos. De esta manera, lo que se estudia es el síntoma como sustituto de una relación simbólica respecto de una satisfacción pulsional que no tiene cabida en el aparato psíquico más que de un

⁵² El complejo de Edipo fue definido por Freud como un conjunto inconsciente de deseos amorosos y hostiles que el sujeto experimenta con relación a sus progenitores; el sujeto desea a un progenitor y entra en rivalidad con el otro. En la forma “positiva” de este complejo, el progenitor deseado es el del sexo opuesto al del sujeto, y el del mismo sexo es el rival. El complejo de Edipo aparece en el tercer año de vida, y declina en el quinto, cuando el niño renuncia al deseo sexual dirigido a sus progenitores y se identifica con su rival. Freud decía que todas las estructuras psicopatológicas pueden rastrearse hasta una disfunción del complejo de Edipo, al que en consecuencia caracterizó como “complejo nuclear de las neurosis”. Aunque la expresión no apareció en los escritos de Freud hasta 1910, se pueden encontrar huellas de su origen en obras muy anteriores (Evans, 2010, p.54)

⁵³ El complejo de castración designa una experiencia psíquica compleja, vivida inconscientemente por el niño a los cinco años aproximadamente, y que es decisiva para la asunción de su futura identidad sexual. Lo esencial de esta experiencia radica en el hecho de que el niño reconoce por primera vez, al precio de la angustia, la diferencia anatómica de los sexos. Hasta este momento vivía en la ilusión de la omnipotencia; de ahí en más, con la experiencia de la castración, podrá aceptar que el universo está compuesto por hombres y mujeres, y que el cuerpo tiene límites; es decir, aceptar que su pene de niño jamás le permitirá concretar sus intensos deseos sexuales dirigidos a la madre (Nasio, 1988, p.15)

modo irreconocible en las fantasías. El síntoma es símbolo de un conflicto que se hace mensaje tanto como índice de un recuerdo inaccesible por la imposibilidad para el sujeto de cancelar el complejo de Edipo y evitar la angustia de castración, lo que lo lleva a rechazar la sexualidad. Dice Freud a propósito del caso Dora: “Yo llamaría histérica sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominante o exclusivamente sentimientos de displacer” (Freud, 1905/2006k, p.27).

Luego de esa primera formulación optimista que concibe al organismo como un conjunto que tiende espontáneamente a la curación, al equilibrio homeostático, viene la revisión de la teoría a causa de las dificultades técnicas encontradas en el manejo de la cura por el hecho de que Freud y sus discípulos no obtenían los resultados que esperaban de sus interpretaciones. Sobre todo porque advertían que los pacientes a pesar de anhelar una “cura”, se mostraban renuentes a un cambio positivo, es decir, parecían aferrarse a sus síntomas.

Así, en 1920 en *Más allá del principio de placer*, Freud formula la segunda tópica, que es una concepción diferente del aparato psíquico y concierne a una modificación de dos de los puntos centrales. Por una parte, la economía psíquica no aparece regulada ya por la búsqueda del más bajo nivel de tensión sino, al contrario, por el automatismo de repetición, es decir, por la preocupación de reproducir el mismo tipo de tensión al cual esa economía está habituada desde la infancia, y de buscar en la satisfacción de esa tensión el mismo fracaso que la ha constituido originalmente.

Por otra parte, la represión, que se presentaba originalmente como un accidente, o como algo intencional, o incluso, como “pusilanimidad moral”⁵⁴, aparece ahora articulada en torno a una represión original; la que el sujeto encuentra cuando llega al mundo en el baño del lenguaje en el que se sumerge. No hay opción posible, ya que ahora no se trata de hacer consciente lo inconsciente; esta represión y sus represiones particulares debe ser respetada porque de otro modo el sujeto no puede entrar en un lazo social ni comunicarse

⁵⁴ Freud no duda en utilizar este término en sus estudios sobre la histeria, para denunciar al sujeto que no se atreve a manifestar sus deseos, lo menciona, por ejemplo, en el caso Miss Lucy (Freud, 1895/2006f).

con sus semejantes. Esta segunda concepción del aparato psíquico muestra que Freud realiza una reformulación radical de la teoría de la histeria porque ya no es compatible con la primera formulación.

La histeria, el sexo y los significantes hombre y mujer

Hemos visto que a partir de la escucha de la histeria se desplegó una vasta teoría que, teniendo como concepto crucial el inconsciente, promovió la creación una nueva clínica -fundamento del dispositivo psicoterapéutico moderno-, y reveló la sexualidad infantil, que en consecuencia, dio pie a la construcción de un discurso totalmente revolucionario con respecto a las concepciones biológicas del sexo. Mención especial al surgimiento de una nueva epistemología de la psique que, a partir del estudio freudiano de la histeria, llegaría a una mayor comprensión de la subjetividad y la conducta en general del ser humano⁵⁵.

“*Tres ensayos sobre teoría sexual*” publicada en 1905, es la obra fundamental de Freud sobre la sexualidad humana. Es el punto de partida para este nuevo discurso del sexo, ya que es a partir de este cómo se genera una nueva forma de entender la conducta del hombre y sus diversas tribulaciones, y que en la clínica constituyen la materia prima de nuestro quehacer como psicólogos.

Freud desarrolló extensamente la cuestión de la sexualidad infantil, desafiando no sólo a la opinión popular, sino también a la concepción científica dominante de su época, así como a los numerosos prejuicios vigentes acerca del sexo. Declaró que la sexualidad de los niños se había descuidado por completo, y se pasaba por alto el hecho de que el ser humano desde su infancia, es capaz de

⁵⁵ Tradicionalmente se dice que a partir del estudio de la conducta neurótica se llegó a la comprensión de la conducta “normal” del sujeto. Si bien, esto a menudo el mismo Freud lo refiriera en sus escritos, también él mismo basó la distinción de la neurosis y la normalidad como algo puramente cuantitativo. En “La interpretación de los sueños” (1900) referirá: La investigación psicoanalítica no establece entre la vida anímica normal y la neurótica diferencias de principio, sino sólo cuantitativas, el análisis de los sueños, donde tanto en los sanos cuánto en los enfermos operan de igual modo los complejos reprimidos, muestra la plena identidad de mecanismos como el del simbolismo. Y aun los sueños despreocupados de personas sanas suelen contener un simbolismo mucho más simple, transparente y característico que los de personas neuróticas, en quienes el mayor rigor con que opera la censura y la más acusada desfiguración onírica resultante suelen traer por consecuencia un simbolismo torturado, oscuro y difícil de interpretar” (Freud, 1900/2006i, p.378)

realizar todas las operaciones sexuales psíquicas y somáticas, tal y como la clínica con sus pacientes lo había evidenciado, aunque claro, tomándose en consideración que los genitales exteriores y las glándulas genésicas no constituyen todo el aparato sexual humano.

Para Freud, la sexualidad no involucra exclusivamente a los genitales; esta es más bien el resultado de un proceso que tiene como origen la disposición *perverso-polimorfa* que caracteriza a la sexualidad infantil. La denominó así porque su punto de referencia fueron las distintas conductas sexuales que en esa época eran consideradas como perversiones. Dicho término aludía despectivamente a todo tipo de actividad sexual adulta que no correspondía a la tradicional relación hetero-sexual-genital; Freud despojó esta palabra de su sentido moral-cultural al ver que podían tratarse de conductas que reflejaban la organización sexual –no genital- de la infancia. Por ello, al plantear que el niño pequeño es un perverso polimorfo indica que es una criatura saturada de una sexualidad total aún indiferenciada, que contiene, en uno solo, lo que luego serán las pulsiones parciales⁵⁶. Al respecto, Fenichel (2009) resume que

La realidad en la infancia parece ser juzgada únicamente en cuanto es compatible o no con la satisfacción pulsional [...] la realidad se halla coloreada por el status de sus objetivos sexuales. Toda clase de excitación, en el niño, puede convertirse en fuente de excitación sexual: los estímulos mecánicos y musculares, los afectos, la actividad intelectual e incluso el dolor. En la sexualidad infantil no hay una neta diferenciación entre excitación y satisfacción, si bien existen ya fenómenos similares al orgasmo, es decir, sensaciones placenteras que traen relajamiento y ponen fin a la excitación sexual. Pero con el tiempo los genitales comienzan a funcionar como un aparato especial de descarga, que concentra

⁵⁶ En *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud definió a la pulsión como el representante psíquico de una fuente continua de excitación proveniente del interior del organismo. El término de pulsión es el núcleo de la teoría de la sexualidad en psicoanálisis; en ésta se plantea que la sexualidad humana difiere de la de los otros animales en que no se encuentra regulada por los instintos (los cuales implican una relación relativamente fija e innata con un objeto determinado) sino por las pulsiones que son extremadamente variables; además de desarrollarse de modos muy diversos que dependen de la historia de vida del sujeto, en este sentido, la pulsión se encuentra sustraída de lo biológico, se trata de un constructo totalmente cultural y simbólico (Evans, 2010, p. 158). Un ejemplo muy sencillo lo constituye el fetichismo, en el que la satisfacción sexual se obtiene mediante un objeto determinado y no a través del cuerpo de otro ser humano.

sobre sí toda excitación sexual y la descarga, sea cual fuere la zona erógena en que se haya originado (p. 81).

Bajo estos argumentos la sexualidad, en la doctrina psicoanalítica, se encuentra deslindada de la finalidad de la procreación y plantea entonces la existencia de algo sexual que no es genital y que no tiene nada que ver con la reproducción, sino con la obtención de una satisfacción. Así, Freud caracteriza como sexual y/o como actividad sexual la succión del pecho materno y la satisfacción que el individuo extrae de esa actividad, lo mismo con la excreción y la retención de las heces fecales que apuntan a un erotismo anal. De este modo, introduce sistemáticamente la noción de los estadios en psicoanálisis que corresponden a cada uno de los grados de organización libidinal⁵⁷ en el desarrollo del ser humano para su constituirse como adulto –sexuado-.

Posteriormente, Freud (1905/2006l)) dirá que el cuerpo entero es una zona erógena, pues desde el momento en que una pulsión lo inviste, esa parte del cuerpo puede estar, por lo tanto, en el origen de un deseo. No será hasta los cuatro o cinco años de edad cuando la libido se extienda hasta los genitales, y se instaure a partir de ahí su función determinante para la asunción de la identidad sexual.

A la luz de esta nueva forma de concebir a la sexualidad, Freud, logró descifrar la dinámica de los síntomas histéricos y entenderlos como una expresión del carácter erógeno del cuerpo y no como la mera manifestación de una fisiopatología somática. Incluso, bajo esta nueva perspectiva Freud (1905/2006k) aseveró que “Los fenómenos patológicos son, dicho llanamente, la práctica sexual de los enfermos” (p.100); es decir, que aquello que en la medicina se había aislado como una enfermedad, caracterizada por una serie de dolencias somáticas, alucinaciones, delirios, y aflicciones emocionales, en realidad eran expresiones de una sexualidad infantil obturada y distorsionada por la represión.

Así, la histeria dejó ver que ella, en sí misma, constituye la expresión de un conflicto caracterizado por una *represión sexual* que rebasa con mucho el grado

⁵⁷ “La libido es la energía psíquica de las pulsiones sexuales que encuentra su régimen en términos de deseo, de aspiraciones amorosas, y que, para Freud, da cuenta de la presencia y manifestación de lo sexual en la vida psíquica” (Chemama y Vanderersch, 2010, p. 401).

de represión que, en teoría, es el adecuado para funcionar normalmente⁵⁸. Podría reclamársele a esta aseveración su similitud con las teorías hipocráticas y galenas que caracterizaron a la histeria primitiva; sin embargo, se estaría pasando por alto el sentido diferente que otorgó Freud a la sexualidad, y que es el que ya se ha aludido brevemente: esa represión no es hacia una actividad sexual genital “adulta”, sino más bien hacia un goce sexual infantil.

Ahora bien, como se ha mencionado, ya desde 1895 Freud postulaba que si la génesis de la histeria radicaba en un trauma ejercido por una seducción sexual en el infante, era porque suponía una experiencia primaria de displacer, o sea, de naturaleza pasiva. La pasividad sexual achacada “naturalmente” a las mujeres explicaba su inclinación a la histeria. Entonces, histeria y pasividad, parecían correlativos, ya que en la misma formulación, Freud agregó que también en los varones la histeria procede de una escena experimentada pasivamente. Pero es este punto el que condujo a Freud a abordar otro tema de gran relevancia y que sin duda representaba un problema epistemológico: el de la diferenciación de los sexos desde el punto de vista psicológico.

La dificultad que surgía con el estudio de la histeria no era la diferencia biológica entre hombre y mujer, sino en definir propiamente qué es la feminidad. La única solución fue, que desde una perspectiva psicológica, la feminidad sólo puede representarse a través de otra idea que ocupe su lugar: la muy cuestionada idea de la pasividad.

⁵⁸ Ya lo hemos referido anteriormente, lo normal y lo “anormal” son constructos que derivan del momento ideológico imperante. No hay modo de concebir el funcionamiento real y adecuado del cuerpo, -en especial lo concerniente a la conducta-, sin aludir al contexto socio-cultural desde donde se parte. La palabra “psicopatología”, nacida de la psiquiatría, designa vagamente a cualquier desvío en el funcionamiento de los procesos mentales, relacionándose con lo que desde la antigüedad se ha distinguido como enfermedades del alma. Sin embargo, en “Psicopatología de la vida cotidiana” Freud (1901/2006j) al poner en claro que lo reprimido siempre busca un modo de expresión, hace del chiste, el olvido, y los lapsus linguae, los medios ordinarios en los que lo reprimido burla la censura durante la cotidianeidad. Dichas manifestaciones entrañan el mismo mecanismo que los síntomas neuróticos, de ahí que Freud los designe como psicopatología de la vida cotidiana, porque en efecto, la psicopatología en psicoanálisis no encara el sentido de anormal, sino de la expresión sintomática del sujeto inherente por tener que posteriormente Jacques Lacan reforzará esta idea, mencionando que no hay ninguna posición de salud mental que pueda denominarse normal. La estructura normal, en el sentido de lo que se encuentra en la mayoría estadística de la población, es lo neurótico, y la salud mental constituye un ideal ilusorio de totalidad que no puede alcanzarse nunca, porque el sujeto está esencialmente reprimido por ser un sujeto hablante.

Es indispensable dejar en claro que los conceptos de masculino y femenino, que tan unívocos parecen a la opinión corriente, en la ciencia se cuentan entre los más confusos y deben descomponerse al menos en *tres* direcciones. Se los emplea en el sentido de *actividad y pasividad*, o en el sentido *biológico*, o en el *sociológico*. El primero de estos tres significados es el esencial, y el que casi siempre se aplica en el psicoanálisis. A eso se debe que la libido se defina como activa, pues la pulsión lo es siempre, aun en los casos en que se ha puesto una meta pasiva [...] Esta observación muestra que en el caso de los seres humanos no hallamos una virilidad o una feminidad puras en sentido psicológico ni en sentido biológico. Más bien, todo individuo exhibe una mezcla de su carácter sexual biológico con rasgos biológicos del otro sexo, así como una unión de actividad y pasividad, tanto en la medida en que estos rasgos de carácter psíquico dependen de los biológicos, cuanto en la medida en que son independientes de ellos (Freud, 1906/2006m, p. 201).

A esto se añade que ya en 1897, Freud escribía “se llega a la conjetura de que el elemento genuinamente reprimido es siempre el femenino, y ello se corrobora por el hecho de que tanto las mujeres como los varones entregan más fácilmente las vivencias que tuvieron con mujeres, y no con hombres. Lo que los hombres en verdad reprimen es el elemento pederástico” (Freud, 1897/2006c, p.292). Entonces, toda neurosis comienza en una escena traumática pasiva que es experimentada como displaciente. Pasividad se convierte en sinónimo de feminidad y no es más que el núcleo de lo reprimido, pues en la economía psíquica no parece haber lugar para “la mujer”.

La pasividad pasó a ser un significante sustituto de la feminidad, porque ni siquiera Freud encontraba las palabras adecuadas para ella. Esto será posteriormente señalado por Lacan, al referir que Freud había descubierto la falta en el sistema simbólico (lenguaje), no hay ningún significante para la mujer, es decir, lo “real” traumático, por lo que la totalidad de los significantes nunca está completa, el Otro, tiene una falta. Este real traumático es reprimido, rechazado. La represión primaria que aludía Freud, entonces puede entenderse como el dejar atrás a la “mujer” en lo real, y de esta forma, todo síntoma histérico es una

interpretación imaginaria de lo real, así como una superestructura levantada sobre este (Verhaeghe,1999).

Durante las primeras etapas de su desarrollo, tanto el varón como la niña toman distancia respecto de lo que no puede expresarse en significantes: lo pasivo-femenino. Esto llevó a Freud a una conclusión sorprendente: la actividad auto erótica de las zonas erógenas es, sin embargo, la misma en ambos sexos, y debido a esta uniformidad no es posible trazar una distinción entre ellos como la que surge después de la pubertad (Freud,1905/2006l). Así, todo ser humano comienza su vida con un solo género⁵⁹, o en términos más exactos, hay un solo significante para ambos sexos, y este significante, como ya se señaló, es el falo.

La llamada fase fálica será la etapa decisiva para la organización de la sexualidad infantil que, enunciando la primacía del falo para ambos sexos, definirá la posición masculina o femenina del infante, que en este caso se remite a la concepción de seres con o sin falo. Los deseos y los rasgos psicológicos infantiles se resignifican como masculinos o femeninos “a posteriori”. Freud no habla de 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” (Freud, 1925/2006q, p.276)

La histeria entonces dejar ver que la etapa genital es dominante porque es en ella donde se siente la falta (de un significante opuesto al falo). El histérico paralizado en la fantasía de castración, padece la incertidumbre de no saber si es hombre o mujer, o bien, no sabe qué significa ser un hombre y qué significa ser una mujer, únicamente se siente en un mundo sexual infantil de seres provistos o desprovistos de falo; y es justamente esta brecha la que la histeria intenta cerrar, *falicizando* todo, puesto que *la mujer* carece de representante fálico, considera entonces que hay que identificarse con *todo* el falo. Esto quiere decir que, el síntoma como una expresión metafórica, es la forma que tiene el histérico de

⁵⁹ O si se quiere pensar en términos de bisexualidad. Así, Freud dirá que por su constitución los seres humanos tienen disposiciones sexuales masculinas y femeninas, que se expresarían en los conflictos de los sujetos para asumir su propio sexo. 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 que existe antes de la etapa fálica.

testimoniar que su cuerpo es insatisfactorio para lograr lo que concierne a la relación sexual, o más específicamente al problema de la diferenciación sexual.

Pero entonces, si lo que se reprime es el trauma de lo femenino-pasivo (o la ausencia de significante para la mujer), ello implica una cierta inconsistencia de la teoría de la represión, ya que si todo se basa en una sexualidad infantil que procura placer ¿cómo es que hay un displacer necesario para generar la represión?, o en otras palabras ¿por qué la ausencia de significante para la mujer genera tanta angustia? Ya en *Tres Ensayos*, Freud sostenía que la actividad sexual evoluciona a partir de las más tempranas relaciones de crianza entre la madre y el niño; este da sus primeros pasos independientes cuando empieza a chupetear objetos que están fuera de la madre, y cuando realiza la transición de ser amamantado “pasivamente” a la de un chupeteo “activo”, significa que adquiere un deseo propio. Pero la cuestión persiste ¿por qué tiene que ser tan displaciente la pasividad?

El concepto de *goce*⁶⁰ de Lacan se introduce aquí como referente explicativo a esta interrogante. Dicho concepto ya estaba implícito en Freud al examinar la transición entre el ser amamantado pasivamente y el mamar activamente como un paso importante en el desarrollo de la sexualidad del niño, es decir, la adquisición de un deseo propio. Se habla entonces que originalmente existe “el goce del Otro”, el goce del primer gran Otro, es decir, de la madre, que implica la reducción del niño a la condición de mero objeto de deseo de ella. El niño no tiene existencia propia, está siendo gozado por este Otro; he ahí la génesis de angustia que conlleva la pasividad, y que como una experiencia primaria de displacer, es la que toda neurosis trata de defenderse. En este punto, según Lacan, deberá existir una toma de distancia, una separación que sólo se dará si se le proporciona al niño un significante propio. Es mediante la intervención

⁶⁰ Para entender dicho concepto, Lacan desarrolla una oposición entre placer y goce. El principio de placer freudiano funciona como un límite al goce. Es una ley que le ordena al sujeto gozar lo menos posible. Al mismo tiempo, el sujeto intenta constantemente transgredir las prohibiciones impuestas a su goce, e ir “más allá del principio del placer”. No obstante, el resultado de transgredir el principio del placer no es más placer sino dolor, puesto que el sujeto sólo puede soportar una cierta cantidad de placer. Más allá de este límite el placer se convierte en dolor, y es este placer doloroso lo que Lacan denomina goce. Por lo tanto, el término goce, expresa la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o, en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción (Evans, 2010, p.103).

de la función simbólica del padre, el Nombre-del-Padre⁶¹, que podrá suceder este corte y separar la simbiosis madre-hijo, en la que ella goza del niño como objeto de deseo. Este corte será la entrada al mundo del lenguaje, y no es más que el complejo de Edipo freudiano con el que el niño se convierte en un sujeto dividido, castrado pero liberado del atolladero anterior, y sobre todo, con un deseo propio⁶².

De este modo, la sexualidad humana se inscribe a través del deseo, es una sexualidad edípica, donde el complejo de castración introducirá la diferencia y del que dependerá el devenir sexual: la posibilidad de asumir uno u otro sexo y la apertura del deseo a objetos externos.

Finalmente, los significantes hombre y mujer, como lo demostró la histeria, no remiten a los conceptos varón y hembra del orden biológico, sino a los distintos lugares que en cada uno asigna el símbolo fálico. De allí que la histeria es la que planteé con más fuerza esta cuestión y denuncie la imposibilidad de la relación sexual; de que lo masculino y lo femenino en el humano son cuestiones que ni siquiera se alcanzan, y que los síntomas son una manifestación de esa imposibilidad de asumir la castración simbólica, de la interrogación sobre el deseo del otro, y de la insuficiencia del lenguaje para significar el goce absoluto del cuerpo (Cevedio, 2002).

La psicología clínica y el discurso histérico

El descubrimiento freudiano consistió en desprender la verdad de la histeria de su referencia tradicional, médica o teológica. En este sentido, la histeria produce un saber, hasta entonces oculto; un saber inconsciente que otorga lugar y derecho a la histeria como “lazo social”. Para Lacan, igual que en Freud, la verdad se dice por y en las formaciones del inconsciente: síntoma, sueño, acto fallido, chiste. Así,

⁶¹ El Nombre-del-Padre es el significante fundamental que otorga identidad al sujeto (lo nombra, lo posiciona en el orden simbólico) y también significa la prohibición edípica, el “no” del tabú del incesto. Si este significante está forcluído (no incluido en el orden simbólico) el resultado es la psicosis, es decir, la eterna simbiosis madre-hijo” (Evans, 2010)

⁶² Éste es precisamente el proceso que no se desarrolla con suavidad en las mujeres, en razón de una dificultad estructural: no hay significante propio para la feminidad, la mujer sólo puede volverse hacia el falo. De allí que Freud estrechara los lazos entre la histeria, la feminidad y la pasividad. La mujer entonces se identifica con el Falo.

retorna en el discurso histérico lo que el discurso del amo ha reprimido⁶³, por eso la necesidad del amo de acallar a la histérica (Verhaeghe, 1999). De ahí que la invención de Freud, la regla fundamental de la asociación libre, permita la producción de un saber sobre ese decir de la verdad, saber nuevo, totalmente distinto del saber del sacerdote-Amo y del médico-Amo.

A la par de estos acontecimientos, es preciso mencionar brevemente cómo la escucha de la histeria, a través del psicoanálisis, converge con la historia de la psicología para definir un nuevo campo de aplicación para esta joven ciencia: la psicología clínica.

Sin extendernos a los orígenes arqueológicos que sitúan a la psicología como una ciencia que desde la antigüedad ha estado presente, sí es menester referir que su consolidación como disciplina científica se sitúa casi a finales del siglo XIX. Mueller (2010) refiere que el éxito de las ciencias positivas (biología, física, química, medicina) contribuyó al descrédito de la metafísica y la filosofía, de las que sabemos la psicología fue hasta entonces inseparable. Se dice que el inglés John Stuart Mill (1806-1873), en su *Sistema de lógica* (1843), reclama para la psicología el carácter de ciencia independiente, de observación y de experimentación, cuyo objetivo es descubrir las leyes de causalidad de los fenómenos del espíritu.

Pero es en Alemania donde el furor positivista permitirá que la psicología se consagre como una ciencia experimental. Allí, Johann Friedrich Herbart (1776-

⁶³ Tal como lo ha ido desarrollando nuestro estudio genealógico, la histeria se ha manifestado siempre en relación con personas que ocupan cargos altos (Amos). En general, ésta función fue inicialmente asumida por el médico-filósofo (Hipócrates); en la Europa occidental, la cumplía el padre confesor, e incluso el sacerdote como miembro de la Inquisición. Durante el periodo del clasicismo, el acento pasó al médico científico que más tarde relevaría el psiquiatra, encarnación del concepto de la neuropsiquiatría. Hoy en día tenemos al psiquiatra-psicoterapeuta, que puede ser también un psicoanalista. Desde luego, esta evolución no es del todo drástica: los santuarios religiosos aún conservan su poder magnético y los histéricos son todavía tratados por médicos generales. Así como fueron cambiando los mencionados cargos de alto nivel, también lo hizo el modo de considerar la histeria. El médico tratará de formular el diagnóstico en términos de patología fisiológica o neurológica, definirá la enfermedad de este modo, y sintonizará el tratamiento con esta definición. El psicoterapeuta interpreta la anamnesis en términos de psicogénesis, si es necesario con referencia a un sí-mismo “bueno y malo”. El exorcista medieval trataba de exorcizar al espíritu maligno: el alma estaba poseída, pero por debajo subsistía la persona normal. La relación entre el terapeuta (sacerdote, médico o psicoterapeuta) y el paciente no sólo determina el modo en que se ve la enfermedad, sino también la forma que ella toma (Israël, 1979)

184) aplicaría las matemáticas al estudio de la vida psíquica, denominando a esta disciplina como psicofísica, la cual, tendría como tarea determinar la relación existente entre los fenómenos físicos del cuerpo –excitaciones causales- y los fenómenos psíquicos –registrados como sensaciones- con vistas a extraer sus leyes. El fisiólogo Erns Heinrich Weber (1795-1878), investigando acerca de las sensaciones táctiles y visuales, formuló una “ley” –Ley de Weber- con la que establece que las cantidades de excitación necesarias para distinguir una primera sensación de una segunda están en relación con la sensación inicial a partir de un umbral de conciencia. Por su parte, el filósofo Gustav Fechner (1801-1887) basándose en los trabajos de Weber, se propuso dedicar matemáticamente una ley más precisa: la sensación crece como el logaritmo de la excitación. Dichos trabajos representan *grosso modo* la introducción de la medición en psicología, y son el origen de los métodos que intentan determinar en un sujeto dado el más pequeño estímulo perceptible, o la más pequeña diferencia perceptible entre dos estímulos; básicamente lo que significa la medición de los umbrales sensoriales como principal fundamento de una ciencia psicológica experimental (Mueller, 2010).

Es Wilhelm Wundt⁶⁴ (1832-1920) quien desempeña un papel crucial para la consolidación de la psicología en una ciencia positiva-experimental. El objetivo de Wundt fue hacer una psicología admitiendo solamente “hechos” recurriendo en mayor medida a la experimentación y la medición. Para ello, fundó en 1878, en Leipzig, un laboratorio provisto de todos los instrumentos de medición de aquella época, cuyo objetivo era, sí, describir minuciosamente el sistema nervioso, su naturaleza, su estructura, su funcionamiento; pero también determinar la relación de los fenómenos psíquicos con ese sustrato orgánico, mediante el método de la introspección analizó los contenidos de la conciencia y registró la experiencia inmediata y observable.

⁶⁴ Wilhelm Wundt estudió primero fisiología y en Heidelberg fue alumno de Helmholtz, famoso por sus investigaciones acerca de las percepciones visuales y auditivas, y acerca de la conducción nerviosa. Wundt se lanzó al estudio de la percepción sensorial, particularmente de la visión. En su obra “Lecciones acerca del alma de los hombre y de los animales” (1864), refleja su concepción animista, abordando temas como la sensación, la memoria, la inteligencia; el desarrollo estético, moral y social, así como el lenguaje en el hombre y en los animales; todo ello en función de una psicología comparada (Mueller, 2010)

A partir de esta época, la psicología, pese a innumerables crisis por la ambigüedad de su objeto de estudio, se apuntaló como ciencia y se diversificó mediante las diferentes aplicaciones en esferas de la vida humana. Su insistencia por lograr medir y objetivar las diferencias entre la gente, condujo a una creciente elaboración de instrumentos y técnicas de medición.

Trull y Phares (2003) relatan que el auge de la evaluación psicológica comienza en 1882 con el inglés Francis Galton, quien dedica gran parte de sus estudios a la aplicación de métodos cuantitativos para comprender las diferencias entre las personas, específicamente la agudeza visual, las habilidades motoras y el tiempo de reacción; y el estadounidense James McKeen Cattell, célebre por ser quien acuñaría el término de pruebas mentales y por introducir el estudio de la inteligencia. A este hecho se añade que durante la primera década del siglo XX, el psiquiatra Emil Kraepelin, instaura un sistema clasificatorio que divide a las enfermedades “mentales” en tipos determinados por factores exógenos (curables) y tipos causados por factores endógenos (incurables), sentando así las bases de la clasificación clínica psiquiátrica.

Posteriormente, Alfred Binet, convencido de que la clave para el estudio de las diferencias individuales era la noción de las normas y las desviaciones de esta, desarrolla en 1908 junto con su colaborador Theodore Simon una escala de medición para distinguir de manera objetiva entre varios grados de limitaciones e inteligencia (la llamada escala Binet-Simon). Por su parte, y tras su ruptura con Freud, Carl Jung empieza a diseñar métodos de asociación de palabras para intentar descubrir complejos inconscientes; ello derivaría en posteriores conceptualizaciones de personalidad y el punto de partida de las llamadas pruebas proyectivas (con base psicodinámica). Pero la consecuencia más importante que tuvieron las guerras para con la psicología, fue el desarrollo de la especialidad del diagnóstico de adultos no hospitalizados.

Durán, Restrepo, Salazar, Sierra y Schnitter (2007) refieren que el ejército de Estados Unidos rápidamente capacitó a psicólogos para aplicar pruebas, evaluar inteligencia, aptitudes, estabilidad emocional y descubrir desórdenes del comportamiento de los reclutas. En la década de los cuarentas, ya había más de

quinientas pruebas psicológicas, lo que generó la necesidad de crear un catálogo especializado para clasificarlas, además de empezar a ser un buen negocio que, de su uso educativo y militar, pasó a su utilidad industrial.

Un momento crucial que expresan estos autores y que sería decisivo para la constitución de la psicología clínica, fue el aumento de trastornos y afecciones “psiquiátricas” a causa de las guerras. Esto, en conjunción con la recién incursión de la psicometría al campo de la psiquiatría, derivaría en una ampliación de las funciones de los psicólogos de aquella época. Además de aplicar pruebas, los psicólogos se vieron en la necesidad de elaborar entrevistas, escribir informes y hacer una labor hasta entonces exclusiva de los psiquiatras: la psicoterapia.

Aunque la psicoterapia surgió a fines del siglo XIX dentro de un contexto exclusivamente médico, es a principios del siglo XX con la aparición del psicoanálisis que toma mayor fuerza. En esta época surgen las primeras teorías clínicas sobre la personalidad, y con la Segunda Guerra Mundial la necesidad social de intervenciones psicoterapéuticas va en aumento. Pese a que el psicoanálisis fuera inicialmente atacado por considerársele una teoría pansexualista que atentaba contra el orden moral de las familias y la dinámica social, en Estados Unidos ese mismo odio anti-sexual es el que paradójicamente promueve su éxito y su adhesión al corpus teórico-práctico de la psicología. De esta forma, aunque ya desvirtuado y convertido por H. Hartmman en una especie de psicología adaptativa, se consagra como la herramienta psicoterapéutica por excelencia, al grado que las críticas a la extrapolación del modelo médico-biológico al ejercicio de la psicoterapia se hicieron muy fuertes. Y es que fueron los psiquiatras y los psicólogos clínicos psicoterapeutas, quienes acogieron y apoyaron la difusión del psicoanálisis en Norteamérica.

Pero como bien lo señala Roudinesco (2007), con el éxito de los psicotrópicos y los progresos de la medicina, se volvió cada vez más fácil cuestionar el estatuto del inconsciente freudiano y suprimir la subjetividad en favor de nuevas teorías que intentaban reducir los fenómenos psíquicos haciéndolos análogos con el funcionamiento de la computadora.

Respecto al boom de la psicofarmacología, diremos que la psiquiatría abandonó el modelo nosográfico que el psicoanálisis había propuesto (fundado a su vez en el modelo surgido del alienismo decimonónico) en favor de una nueva clasificación de las conductas. También, la psicoterapia influenciada por el psicoanálisis, se fragmentó y derivó en una serie de técnicas reduccionistas que buscaban suprimir los síntomas (algunas basadas en el behaviorismo watsoniano, y otras mayormente en el nuevo enfoque cognitivo⁶⁵), apoyadas, claro, con la medicación de estos nuevos fármacos. Así, psiquiatras, psicólogos clínicos, y terapeutas pragmáticos, fieles al modelo médico y la nueva corriente cognitiva, decidieron eliminar toda referencia al alma, transformaron “psique” en mente “mind”, y más aún, siendo fieles al juramento fiscalista, conjugaron lo psíquico con lo físico, de tal manera que hacer psicoterapia se redujo a *curar la mente*.

Un poco antes de que esta subversión epistemológica trastocara totalmente el campo de las ciencias psi, había todavía una consideración por las aportaciones del psicoanálisis. Así lo atestigua el primer *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA) en 1952, que tomaba en cuenta que los trastornos psíquicos y mentales dependían en lo esencial de la historia inconsciente del sujeto. Se enfatizaba en el aspecto cultural, existencial y patológico en relación a una norma, de ahí que el sistema de clasificación agrupara algunas entidades nosológicas descritas por el psicoanálisis. No obstante, la rentabilidad de la medicalización conduciría al cuestionamiento de las tesis freudianas considerándolas ineficaces y pertenecientes más al campo de lo espiritual y ocultismo.

Después, el Manual fue revisado y modificado por la APA, abandonando radicalmente las aportaciones freudianas y de la psiquiatría dinámica. Basado más en el modelo médico de signos-diagnósticos-tratamiento se lanzarían en 1968 el DSM-II, en 1980 la tercera versión, con una segunda edición revisada en 1987. Para 1994 se publica el DSM-IV, y para el 2000 su revisión llamada DSM-IV-R;

⁶⁵ “La ciencia cognitiva describe las disposiciones y capacidades del espíritu humano, tales como el lenguaje, la percepción, el razonamiento, la coordinación motriz y la planificación. Basándose en una concepción del espíritu según la cual lo mental y lo neural serían dos caras de un mismo fenómeno, esta ciencia se apoyó de varias disciplinas como la neurobiología, la neurofisiología, la inteligencia artificial, etc.”. (Roudinesco, 2007, p.66)

todos ellos elaborados para describir –y no interpretar- los problemas clínicos, enumerando los criterios descriptivos específicos de cada categoría diagnóstica (Sarason y Sarason, 2006), con estas subsecuentes clasificaciones, se apuntaba fundamentalmente a demostrar que el trastorno del alma y del psiquismo debía ser reducido al equivalente de una avería en un motor dentro de una gran maquinaria.

De esta manera, los conceptos de psicosis, neurosis y perversión, fueron reemplazados por la palabra “trastorno”, y las entidades clínicas se desterraron en favor de una caracterización sintomática de estos famosos desórdenes.

La histeria, aquella entidad que diera origen al psicoanálisis, y que a esas alturas de la época se encontraba como el fundamento real de la clínica de la escucha, y por ende, de la psicoterapia moderna, fue reducida, primeramente, a un mero trastorno disociativo, y después, gracias a los empeños de la histeria en no dejarse reducir fácilmente a una sola cosa, en una variedad de trastornos que se definían a partir de los síntomas más generales y característicos de la histeria – según la perspectiva médica:

- Trastornos Somatomorfos
 - Trastornos de somatización
 - Trastornos de conversión
- Trastornos disociativos
 - Amnesia disociativa
 - Fuga disociativa
 - Trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple)
 - Trastorno de despersonalización
 - Trastorno disociativo no especificado
- Trastornos facticios
- Trastorno histriónico de la personalidad

Esta fragmentación de la histeria no se basó propiamente en los hechos clínicos narrados por Freud, sino en la otrora conceptualización de la histeria de Paul Briquet⁶⁶ (1796-1881) y que el médico Purler retomó en 1951 para restituir su

⁶⁶ *Tratado clínico y terapéutico de la histeria*, es la obra máxima y la aportación de Paul Briquet a la historia de la histeria. Publicada en 1859, este libro recopilaba cuatrocientos treinta casos estudiados

carácter “médico” y poder así definir su categorización dentro del manual de diagnósticos. Sobre esta base del “síndrome de Briquet” fue como se configuraron una serie de criterios operativos que delimitaban un subgrupo homogéneo de pacientes histéricos. Así, la medicina encontró un antecedente de la histeria más acorde con el modelo médico, eludiendo su conceptualización psicoanalítica. Supuestos estudios clínicos, epidemiológicos y de seguimiento, establecieron la validez, fiabilidad y consistencia interna del “síndrome de Briquet” y demostraron su independencia de los trastornos ansiosos y depresivos. Con estos criterios encontrar que el cuadro era estable en el 80-90% de los pacientes a los 6-8 años. El DSM III y el DSM III R, utilizaron la versión simplificada de los criterios de estos autores y abandonaron el término “síndrome de Briquet” para sustituirlo por el de trastornos somatomorfos (García-Campayo, Salvanés & Álamo, 2001).

Desde entonces, el modo de operar de las ciencias psi se supeditó a la observación y a la descripción, para posteriormente avanzar hacia la clasificación o categorización de los sujetos en base a estas nuevas clasificaciones diagnósticas. El psicodiagnóstico es el enfoque actual de la psicología y la psiquiatría: por medio de la observación y las entrevistas, el clínico obtiene una muestra de algunas características del paciente individual, que a continuación debe comparar con las características enunciadas en el manual diagnóstico. En realidad esto nunca concuerda, y la solución que el propio manual propone es la de contar con una variante dentro del mismo tópico, la cual involucra una diferenciación entre características primarias y secundarias.

Por su parte, el psicoanálisis nos recuerda la particularidad de cada individuo. Desde el momento en que Precisamente Freud nos heredó un modo de abordaje clínico distinto que otorga una categoría única para cada sujeto, ya que la realidad clínica siempre revela combinaciones de diferentes tipos de

detalladamente, cuyo análisis crítico le llevó a considerar a la histeria como “una neurosis de la porción del encéfalo destinada a recibir las impresiones afectivas y las sensaciones”, una “enfermedad dinámica” susceptible de involucrar a todo el organismo en sus manifestaciones. Se considera a Briquet como uno de los primeros autores en abordar la histeria sin prejuicios como sus otros colegas. Debido a la descripción tan detallada en términos clínicos, algunos autores norteamericanos propusieron rebautizar a la histeria como Síndrome de Briquet (Astudillo et al. 2010, p.42)

“trastornos”, cuya forma pura únicamente puede encontrarse en aquellos manuales.

La principal aportación de Jacques Lacan al estudio de la histeria fue su conceptualización en términos de discurso. Lacan desarrolló una teoría que pone en evidencia las estructuras formales que nos gobiernan. Dichas estructuras formales nos permite dirigir la práctica clínica de un modo muy eficiente y diferente al clásico psicodiagnóstico, ya que una estructura lingüística proporciona el punto de partida (acaso no es con el discurso, con el lenguaje lo que forma y da soporte a la clínica; además de que el psicoterapeuta recibe un lugar muy prominente en el diagnóstico al involucrarse desde un primer momento en la dinámica del paciente (Verhaeghe, 1999).

Como teoría, los discursos representan el pináculo del pensamiento lacaniano sobre la identidad psíquica, pero dado que la teoría de los cuatro discursos es un tema tan amplio que excedería los límites y objetivos de esta investigación, recurriremos a una muy breve pero útil definición que Cevedio (2002) hace del “discurso histérico” lacaniano:

“El discurso histérico es el paradigma del sujeto en análisis, el sujeto del inconsciente. En tanto que habla y es rebasado por su discurso que va más allá de sus intenciones, puede decirse que todo sujeto es histérico, en la medida en que desconoce su deseo (a) y no sabe qué dicen sus síntomas, así se dirige a otro a quien instituye como Amo (S1) demandando un saber (S2). El Amo, al ser interpelado por la histérica proporciona únicamente significantes, responde a la demanda histérica con significantes que en realidad son insuficientes pues no acceden al lugar de la verdad, al objeto causa del deseo (a), debido a eso el Amo se muestra impotente y su saber resulta rechazado” (pp. 129-130)

Una conceptualización final de la histeria para la comprensión de los hechos clínicos.

Esta investigación no estaría completa sin una conceptualización final de la histeria a partir de las aportaciones del psicoanálisis. El énfasis en restituirla dentro de la clínica psicológica radica, como ya lo hemos viniendo repitiendo, en la

ausencia de una verdadera escucha que permita descifrar y abordar el sufrimiento de las personas y que integran nuestra clínica cotidiana.

En el devenir de su constitución como sujeto de deseo, el histérico toma una posición ante su propia castración y ante la castración del Otro. El reconocimiento de la propia falta indica reconocimiento de la castración del otro. Esto permite comprender la circulación del deseo entre un hombre y una mujer que está forzosamente supeditada al reconocimiento recíproco de la castración en el otro. En el hombre esta circulación de su deseo se define como “yo no tengo el falo” frente a una mujer; y en la mujer es “yo no soy el falo”. Así, si la característica de la histeria es no saber de la falta del Otro, su salida del complejo de Edipo está marcada porque asume una posición de no saber de la falta, no saber nada de la castración del Otro que la remite a su propia castración, o en otras palabras, que le recuerde su falta (la pasividad, el vacío de la feminidad). Por eso, a nivel imaginario, el sujeto histérico se piensa como el que puede ser el falo (objeto de deseo del otro) negando aceptar la falta. Intenta sostener la ley paterna como un padre real y completo pero que al mismo tiempo es el culpable de su castración. Adopta una fantasía (fantasía desde donde estructura su subjetividad) de un padre completo u omnipotente, determinará su estructuración subjetiva basada en búsqueda incesante de un ideal absoluto.

De esta manera es como el histérico mantiene su deseo insatisfecho, el acercamiento al aparente objeto deseado le hará recaer en lo decepcionante de la falta “no era eso”. Es esa la dificultad para constituirse como sujeto frente a otro (porque no reconoce ni acepta su falta, y para poder ser sujeto de deseo hay que reconocer en uno y en el Otro la falta/castración), es decir, dificultad para establecer una relación que le permita conservar su lugar de sujeto de deseo. Por ello la histérica necesita que la satisfacción de la demanda no sea completada, para así sentir que su deseo es capturado por la palabra del Otro (por ejemplo, cuando un paciente deja entrever que le sucedió algo, pero no lo dice para suscitar en el terapeuta el deseo de saber, o sea, el paciente desea que el otro desee saber).

La histeria describe la falta a nivel del reproche. No denuncia la verdad para asumirla, o sea, no es para reconocer y aceptar su falta, sino para reprocharla y quejarse de ella, con la fantasía de que debe haber completud y perfección. Inconscientemente se siente capaz de esa verdad desagradable, pero su discurso denuncia con fuerza al Otro (que la castró) como culpable, responsable de su falta. De ahí que siempre esté responsabilizando a todos de sus problemas y aflicciones, y que ella es víctima de las circunstancias. La histérica expresa su división esperando ser reasegurada, es decir, que el otro le asegure lo contrario, que en efecto, si hay completud. Es así que en el discurso histérico se encuentra la denuncia de la falta que, en la clínica, se transforma en queja. En este sentido, el histérico aparecerá con sus quejas y/o síntomas dirigidos al Otro.

En la clínica moderna, raramente se presentan síntomas tan espectaculares de conversión como lo hubo en el tiempo freudiano; sin embargo eso no significa que no haya síntomas que derivan en consultas médicas por su carácter aparentemente médico⁶⁷. Lo que sí es un hecho, es que en la histeria moderna sí hace de su vida el incesante enigma del deseo ¿qué es una mujer? Suele responderse a esta pregunta con el estereotipo fundamental de la histeria: “la

⁶⁷ La fibromialgia se presenta aquí como uno de los ejemplos más actuales de la clínica. Concebida como una enfermedad reumatológica crónica, pero de etiología desconocida, la fibromialgia se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso y otras manifestaciones clínicas, tales como fatiga, alteraciones en el sueño y trastornos del estado de ánimo (Martínez, 2008). En general, la fibromialgia y el resto de los ahora llamados “síndromes somato funcionales” agrupan determinados malestares físicos que sólo denotan un desequilibrio en las funciones fisiológicas vegetativas, pero sin daños en el tejido y cambios estructurales propios de las enfermedades médicas. Además, se caracterizan por estar en “comorbilidad” con padecimientos psiquiátricos como ansiedad, depresión y/o trastornos de la personalidad. De este modo, un síntoma somático funcional puede verse entonces como parte de un problema médico o psiquiátrico o de ambos, de ahí la gran dificultad para definirlos concretamente; aunque dentro de la psicopatología y la medicina conductual se dice que son alteraciones en la función orgánica con causas genéticas, ambientales, personales y sociales. Sin embargo, Ramos (2004) y Barrera (2005) corroboran que estos síndromes somato funcionales sí constituyen una nueva forma de conceptualizar la histeria de antaño. Al respecto mencionan que “La situación actual de la histeria en el escenario clínico es la de sustitución del término a favor de sus componentes sintomáticos: trastorno disociativo, trastorno conversivo y trastorno por somatización o somatomorfo. En particular la bibliografía se refiere a la somatización como síntomas físicos inexplicables, síndrome somático funcional o síntomas médicamente inexplicables” (Barrera, 2005). “Las algias han sido, desde siempre, una de las quejas más presentes en el universo histérico. Y si antaño fueron las cefaleas las privilegiadas, no resulta demasiado descabellado sospechar que sea hoy la fibromialgia la elegida como ropaje con el que se viste el sufrimiento emocional para acudir a la cita con el médico” (Ramos, 2004).

máscara”, la cual permite al sujeto histérico tomar distancia de sí mismo y por ende de su deseo y brindar una aparente respuesta.

La dirección de la cura apunta a que la histérica pueda tomar distancia del otro con quien se identifica, es decir, llevarla a preguntarse sobre lo que ocurre con ella más allá de ese otro; pasar de la identificación del discurso del otro al cuestionamiento de sí mismo y la propia sexualidad, en otras palabras, a hacerse cargo de su propio goce liberándose de la identificación del discurso del otro. A partir de este punto el objeto será que el sujeto histérico renuncie al ideal de perfección del objeto amado (el padre ideal). Renunciando a la perfección de ese objeto amado (amo, maestro que debe saber la respuesta de lo que significa la mujer) asumirá su castración, su falta. Su deseo se tornará como deseo de ser amada no por su perfección, sino por sus imperfecciones.

En resumen, la renuncia a la perfección es al mismo tiempo la asunción de la castración, la renuncia al goce perfecto es también la asunción de la mortalidad. Israël (1974) enuncia que aceptarse como mortal y saberse mortal, esto es, correr los riesgos del deseo y de amor, o sea, la pérdida del objeto amado. Por eso el deseo de la histeria es el deseo insatisfecho, puesto que al aceptar la castración o falta del objeto amado implica su carácter efímero y caduco, y eso no le gusta al histérico porque eso también le recuerda su falta y su caducidad; por eso no quiere ver la falta porque su fantasma es de anhelar un objeto perfecto sin falta (el falo) que ahí sigue. No se trata de resignarse a la falta, porque eso implicaría ya no desear, no, al contrario, se trata de seguir luchando por lo que se desea, renunciar al fantasma de la esperanza de la perfección, de que hay algo hecho para cada uno, no hay ser hecho e ideal para cada uno.

CONCLUSIONES

A través del estudio de la historia hemos podido revelar una serie de aspectos útiles y relevantes en la historia de una parte de nuestra disciplina, así como en los discursos que hoy determinan nuestra clínica psicológica.

Sin embargo, no es sino mediante el empleo del método genealógico como pudimos trabajar y abordar cuestiones todavía más profundas, críticas y notables en esos discursos científicos sobre la historia y la psicopatología. Nos referimos a las relaciones de saber-poder que subyacen a la conceptualización de la historia. Además, la intervención del psicoanálisis, como marco teórico cardinal de esta investigación y como disciplina que privilegia lo histórico, reflejó ser compatible con dicha metodología, lo que resultó en un estudio aún más rico sobre el concepto que motivó este trabajo.

En el primer capítulo se resaltó como punto de arranque, la importancia de la historia en la psicología y su papel en la configuración de la identidad profesional, el juicio, la ética y las bases epistemológicas del psicólogo. De este modo, vimos cómo la historia puede convertirse también en un recurso metodológico eficaz para guiar una investigación, especialmente cuando se intentan rescatar conceptos que fueron decisivos para la ciencias, pero que los discursos modernos, en su afán de erigirse como verdades incuestionables, han relegado, limitando al mismo tiempo, otras oportunidades de conocimiento al expulsar de sus metodologías aportaciones más fieles al sentido humanista de la ciencia.

Se describió la genealogía como un método de investigación propuesto por el filósofo Michel Foucault para el estudio y comprensión de las ciencias humanas. Este método quedó resumido como una forma válida de estudiar el origen del pensamiento moderno y la fuente de los valores; así como una crítica a estos en el sentido de mostrar su origen más bien político y su repercusión en la construcción de las ciencias y los modos de concebirse el propio ser humano, de ahí que haya

sido el método elegido para guiar nuestra investigación teórica en aras de una restitución del concepto de histeria para la clínica psicológica actual.

Para otorgar un punto de partida sólido que justificara el estudio genealógico de la histeria, se problematizó la práctica clínica actual como causante de la desaparición de los conceptos fundamentales de nuestra disciplina. En la conceptualización moderna del sufrimiento neurótico, se describió el mecanismo que subyace a las prácticas reduccionistas que, ligado a la ideología neocapitalista actual, ha derivado en una medicalización de la vida que pugna por una estandarización de la conducta y el sufrimiento, en pro del utilitarismo, el consumo y el control de los cuerpos.

Se revisaron las conceptualizaciones más antiguas de la histeria, que por tradición, la medicina ha definido como el sustrato arqueológico de la histeria a fin de justificar su aprehensión en el terreno científico. Se infiere que el vocablo fue tomado de la etimología griega *υστερία* (*hysterá*), perteneciente a la antigua escuela hipocrática que, de acuerdo a los historiadores, aludía al útero y a sus padecimientos, convirtiéndose así en el símbolo de la feminidad por excelencia; pero posteriormente, en manos de la religión y la medicina, en un símbolo despectivo y de odio hacia la mujer. En esta dirección se hizo un breve análisis de las relaciones de saber-poder de la Edad Media y el Renacimiento que, en sintonía con el psicoanálisis, revela, que en efecto, la histeria ha estado presente desde entonces, pero no como una “enfermedad” de unas y unos cuantos desafortunados, sino más bien, como la expresión de un discurso que cuestiona y se rebela ante el dominio aplastante de los Amos de la época.

El capítulo dos, describió cómo se configuraron los nuevos discursos que hicieron de la histeria una cuestión científica, a partir de la constitución y consolidación de la medicina y de las ciencias naturales. Se analizó que estas, formaron parte de la nueva ideología capitalista para el control de los cuerpos en beneficio de la producción y el capital, es decir, la instauración del “biopoder”, concepto propuesto por foucaultiano para describir los métodos disciplinarios del cuerpo. Ello condujo a la creación de nuevos dispositivos y prácticas de poder que hicieron de la histeria una cuestión relacionada al sexo y a la locura. En este

sentido, la medicina introdujo la *pedagogización* de la sexualidad y la reproducción, así como la *psiquiatrización* de las perversiones; lo que daría por resultado una producción de nuevos saberes que se dedicarían a vigilar el cuerpo, en otras palabras, justificar científicamente el control sobre el cuerpo y la sexualidad.

De esta forma surge en la medicina la categoría de enfermedades nerviosas, en las que la histeria se erigirá como máximo representante, dando lugar a una serie de teorías y explicaciones que intentarán someterla y convertirla en una enfermedad, emparentada con la locura (la *sinrazón*) y con miras a erradicarse. Es así como la ulterior evolución de la histeria resultará en la *Grande Hysterie* charcotiana con la que nacerá una nueva clínica que le conferirá a la histeria su estatuto de enfermedad, pero también de molestia y rechazo, lo que propició su disputa entre la medicina y la naciente psiquiatría.

El tercer capítulo explica cómo el conocimiento científico progresó y la preocupación por la salud y la fisiología se relegó a segundo plano en favor del interés por la enfermedad, lo que resultaría en una medicalización de todos los aspectos humanos. Esto contribuyó a la consolidación de la clínica como herramienta absoluta en el estudio del sufrimiento y la enfermedad, incluso sería el método que las ciencias “psi” adoptaran para intentar dotar de objetividad a su difuso objeto de estudio. Sin embargo, la histeria al desafiar la mirada clínica y el modelo panóptico que intentaba vigilar y controlar los cuerpos, inauguraría con Sigmund Freud una nueva concepción del hombre. La histeria enseñó que el “yo pienso”, del cual se sentía orgulloso el hombre occidental y con el cual se liberaba de toda duda, existe un “algo piensa” que lo determina. Así, las formulaciones del inconsciente dieron origen a la teoría psicoanalítica, que en manos de Freud, constituyeron un verdadero golpe a la soberbia científicista, igualándose a las dos grandes heridas que Copérnico y Darwin ya habían infligido previamente al narcisismo de la humanidad.

Se desarrolló brevemente el impacto del psicoanálisis a las concepciones biológicas de la sexualidad, determinando que el problema de la diferencia de los sexos a nivel psicológico, no se resuelve con teorías biológicas que intenta generalizar la función reproductora a la sexualidad, ya que la histeria, y

posteriormente el estudio profundo de las perversiones, corroborarían que en el ser humano la sexualidad opera de distinta forma por estar atravesada por el lenguaje, resultando en una infinidad de conductas que tienen como sustrato una posición ante el significativo falo, que determina simbólicamente la diferencia sexual a partir de su posesión. Por lo tanto, la histeria es un cuestionamiento a esa diferenciación, pues da cuenta de la ausencia de un significativo para la mujer.

En ese sentido, la histeria quedó definida por el psicoanálisis como una estructura subjetiva surgida de la pregunta ¿qué es la mujer?, y cuyos síntomas no son propiamente dolencias simuladas ni dolores referentes a una alteración fisiológica, sino los intentos del cuerpo por responder a esa interrogante y al deseo del Otro.

Finalmente, se describe cómo la histeria tuvo un papel decisivo en la configuración de la psicología clínica y la psicoterapia moderna, ya que a través del método freudiano se desplegaron los elementos que dieron origen a ulteriores formas de psicoterapia e intervención. Sin embargo, pese a ello, el auge de la psicofarmacología, el regreso del positivismo a la psiquiatría y la adopción del cognitivismo por parte de la psicología, obligaron a que la histeria -como ejemplo paradigmático de las neurosis- y las tesis freudianas quedaran relegadas por la confección del DSM que pugnaba por una simplificación y estandarización de la psique y la conducta.

En este sentido, y después de haber desplegado este análisis genealógico, se revela que la cuestión de la histeria, y en general del sufrimiento neurótico está más relacionado con el malestar en la cultura, pero que al mismo tiempo es ahí donde las relaciones de poder determinan su aparición y su control, a partir de diferentes mecanismos teóricos y técnicas científicas.

La práctica clínica actual como se ha ido reiterando, opera bajo una visión objetiva y atomista, reduciendo la complejidad humana en categorizaciones y diagnósticos clínicos que se basan en el modelo biomédico, bajo el amparo del método experimental y la medicina basada en la evidencia.

A mi modo de ver, esta práctica reduccionista tiene más implicaciones negativas que positivas, y que pueden vislumbrarse en las dos partes que

configuran el dispositivo clínico de la psicología. Por un lado se encuentra el psicólogo clínico: siendo posiblemente el único representante de un genuino espacio de escucha y comprensión –dentro de un contexto institucional y de mercantilización de la salud-, con el auge de las neurociencias la función del psicólogo se reduce a la de ser un intermediario entre el paciente y los mecanismos estandarizantes de la medicina.

En otras palabras, el análisis de los procesos psíquicos, queda opacado por la exaltación a lo orgánico y lo farmacológico, propios de la neurología y la psiquiatría. Siendo así, habría que preguntarnos ¿Dónde queda nuestro lugar? ¿Qué función ocupamos en el discurso de la salud mental? ¿Cuál es la diferencia entre nuestra práctica y la de las ciencias médicas? ¿La disminución del trabajo y credibilidad en la psicología, tendrá que ver con la supremacía que, incluso los mismos psicólogos, le confieren al enfoque biomédico?

Y es que, la presencia de los psicólogos puede resultar, incluso, artificial en el discurso clínico que aboga por un enfoque “biopsicosocial” del sufrimiento humano y el malestar social (los llamados trastornos mentales); ya que, preocupados por dotar de seriedad científica a su disciplina, la mayoría de los psicólogos terminan por adherirse al modelo médico, supeditándose a una epistemología positivista y libre de ambigüedades socio-constructivistas. De tal modo que la vertiente supuestamente psicológica que proclama el enfoque multidisciplinario se diluye en un lenguaje que no hace más que redundar en la perspectiva biológica.

Por el otro lado, las implicaciones que afectan al paciente: la anulación de su subjetividad, su historia y su deseo. Se suprime la verdad singular propia de cada persona, asumiendo que hay una respuesta válida para todos. Esto tiene alcances, incluso, en el orden de lo social, ya que al intentar normalizar la conducta humana desde un enfoque biologicista, se impacta en los discursos que moldean y determinan la dinámica socio-cultural; coadyuvando así a la construcción y/o mantenimiento de concepciones rígidas, erradas o limitadas sobre la sexualidad, el género, la infancia, el desarrollo, la locura, el amor, etc.

Por consiguiente, tampoco hay una genuina aportación a la problemática actual que vive la sociedad moderna, y que podemos señalar en los efectos nocivos de la ética actual; una ética hedonista que lucha por el bienestar a corto plazo, por el uso excesivo de las drogas como remedio a las vicisitudes de la vida, y por la búsqueda de satisfacciones pero sin entregar nada a cambio, ni perder nada y mucho menos por anticipado; en otras palabras, la infantilización como un atajo democrático hacia la felicidad en masa. En otras palabras, es una práctica que, en términos del psicoanálisis, perpetúa el uso de mecanismos neuróticos para enfrentar la vida, favoreciendo los aspectos más pasivos e infantiles de la conducta, sin conducir a los individuos a tomar la responsabilidad de su deseo.

Además, se inserta otra consecuencia que tal y como se señaló al inicio del primer capítulo, requiere considerarse también dentro del campo de la ética, y que tiene repercusiones no solo clínicas sino también a nivel social. Se trata de la misoginia en la práctica clínica, y que el mismo estudio de la histeria ha evidenciado como un problema existente desde la aparición de la medicina moderna. Esta situación que tiene más que ver con el poder, el dominio, y el narcisismo de los facultativos, encuentra respaldo, desafortunadamente, en la objetividad científica. Lo referido se resume fácilmente como el desdén a la mujer, y el maltrato médico a todo aquél sujeto que no refiere una objetividad “empírica” en sus dolencias. Esto constituye un problema grave que exige ser atendido, y que no únicamente debe corresponder al moderno enfoque de género, sino también a nuestra disciplina.

Y es que tal y como lo propone este trabajo, la labor del psicólogo implica reflexionar diariamente su disciplina, a fin de no perpetuar este tipo de discursos que a veces, bajo el ropaje de científicos, implican cuestiones que tienen que ver más con prejuicios morales y personales, y que estimulan el abuso de poder (terapeuta-paciente), la imposición de creencias o ideologías perniciosas, e incluso, la violencia y el maltrato a los individuos.

En conclusión, el estudio genealógico de la histeria verifica en primera instancia, la necesidad de mantener presente el aspecto histórico de nuestra disciplina. Por otro lado, propone una mirada distinta al relato tradicional, poniendo

en evidencia algunas cuestiones que subyacen a los conceptos y discursos que hoy rigen la clínica psicológica, pero también la médica y la psiquiátrica. Ello, invariablemente conduce a una reflexión sobre nuestro papel como psicólogos clínicos. Por lo tanto, se concluye que es necesario retomar el concepto de histeria y las aportaciones del psicoanálisis como guía racional y ética en nuestro quehacer clínico.

Y finalmente, queda decir que la psicología como ciencia humana debe recapacitar en cuanto a sus métodos. No se critica el hecho de que pueda beneficiarse de los logros tecnológicos y científicos que aportan las disciplinas biológicas y médicas, pero sí el hecho de que se olvide que su objeto de estudio es tan complejo, diverso, y cambiante en cada época, que requiere de un abordaje integral, histórico, que contemple la subjetividad y apele a la individualidad y al sentir de cada persona.

REFERENCIAS

- Albuquerque, C. (2005). *Aspectos relevantes de la teoría psicoanalítica y de algunos de sus representantes en México durante el siglo XX*. Tesina. Facultad de Psicología, UNAM.
- . (2011). *Un análisis epistemológico del concepto de real en la obra de Jacques Lacan*. Tesis de Maestría. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Álvarez, G. (2009). Notas acerca de la enseñanza de la historia de la psicología. En Z. Monroy Nasr, & R. León Sánchez (Eds.). *Epistemología, psicología y enseñanza de la ciencia* (pp. 43-53). Facultad de Psicología, UNAM.
- Álvarez, J. M. (2006). Elogio de la histeria. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 6(2), 111-120.
- André, J., Lanovzière, J., & Richard, F. (1999). *Problemática de la histeria*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Angosto, T. (2006). Clínica de la histeria. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. 6(2), 109-229.
- Astudillo, H., Esteban, R., & Álvarez, J.M. (2010). *La histeria antes de Freud – Gilles de la Tourette, Briquet, Charcot, Laségue, Falvet, Colín, Kraepelin, Bernheim, Grosset-*. Madrid: La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga.
- Baez, M. (2011). *Martyr: exempla maiora*. Recuperado el 20 de octubre de 2013 de <http://www.preguntasantoral.es/2011/02/martyr-exempla-maiora/>
- Braunstein, N. (1988). *El lenguaje y el inconsciente freudiano*. México: Siglo XXI editores,
- . (2006). *El goce: un concepto lacaniano*. México: Siglo XXI editores.
- . (2010) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI editores.
- . (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI editores.
- Borrosa, J. (2001). *La histeria*. Buenos Aires: Longseller.
- Brom, J. (2007). *Para comprender la historia*. México: Grijalbo.
- Buckingham, W., Burnham, D., Hill, C., King, P.J., Marenborn, J., & Weeks, M. (2011). *El libro de la filosofía*. Londres: Dorling Kindersley.

- Bunge, M. (2013). *Epistemología*. México: Siglo XXI editores.
- Caballero, L., & Caballero, F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Monográfico, salud mental en atención primaria*. (1), 15-28.
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI editores.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo 3010/Universidad Nacional de Quilmes.
- Cevedio, L. (2002). *La histeria: entre amores y semblantes*. Madrid: Síntesis.
- Chauvelot, D. (2001). *Historia de la histeria: sexo y violencia en lo inconsciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2010). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Editorial Argot.
- Constante, A. (2011). *Christoph Haizmann, los demonios*. Recuperado el 28 de octubre de 2013 de <http://esquimalenator.wordpress.com/2011/01/19/christoph-haizmann-los-demonios/>
- Descartes, R. (2004/1637). *Discurso del método, meditaciones metafísicas*. México: Grupo Editorial Tomo.
- Devereux, G. (2012) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI editores.
- Díaz-Walls, C. (2009). ¿El conocimiento histórico es un recurso metodológico para el conocimiento de la psicología? En A. Medina Liberty. *Psicología y epistemología: hacía una psicología abierta* (pp.15-30). México: Trillas.
- Dio Bleichmar, E. (1989). *El feminismo espontáneo de la histeria: estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. México: Fontarama.
- Durán, N., Restrepo, D.A., Salazar, C.J., Sierra, A.E. & Schnitter, M. (2007). Historia paralela de la psicología clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes psicológicos*. (9). 135-148

- Esteinou, J. (2014). *La crisis del neocapitalismo contemporáneo y las elecciones políticas en México*. Recuperado el 5 de noviembre de 2014 de <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N67/varia/jesteinou.html>
- Evans, D. (2010). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos Vol. 1*. Buenos Aires: Polemos.
- Fenichel, O. (2009). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Paidós.
- Ferber, S. (1997). Charcot's demons. Retrospective medicine and historical diagnosis in the writings of the Salpêtrière School. En M. Gijswijt-Hofstra, H. Marland & H. Waardt (Eds.) *Illness and healing alternatives in western* (pp. 120-140). Nueva York: Europe, Routledge.
- Foucault, M. (1974). *Historia de la medicalización, 2da conferencia curso Medicina Social, Río de Janeiro*. Recuperado el 27 de julio de 2013 de <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. Argentina: Siglo XXI editores
- . (1988). *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós.
- . (1997). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-textos.
- . (2002). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI editores.
- . (2011). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI editores.
- . (2012a). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI editores.
- . (2012b). *Arqueología del saber*. México: Siglo XXI editores.
- . (2013a). *Historia de la locura en la época clásica 1*. México: Fondo de Cultura Económica.
- . (2013b). *Historia de la locura en la época clásica 2*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Freud, S., (2006a). Informe sobre mis estudios en París y Berlín (1956 [1886]). En *Obras Completas Vol. 1*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006b). Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico (1886). En *Obras Completas Vol. 1*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006c). Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]). En *Obras Completas Vol. 1*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006d). Proyecto de psicología (1950 [1895]). En *Obras Completas Vol. 1*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006e). Estudios sobre la histeria (1893-1895). En *Obras Completas Vol. 2*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006f) Charcot (1893). En *Obras Completas Vol. 3*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006g). La etiología de la histeria (1896). En *Obras Completas Vol. 3*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006h). La sexualidad en la etiología de las neurosis (1898). En *Obras Completas Vol. 3*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006i). La interpretación de los sueños (1900). En *Obras Completas Vol. 4*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006j). Psicopatología de la vida cotidiana (1901). En *Obras Completas Vol. 6*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006k). Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905 [1901]). En *Obras Completas Vol. 7*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006l). Tres ensayos de teoría sexual (1905). En *Obras Completas Vol. 7*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006m). Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis (1906 [1905]). En *Obras Completas Vol. 7*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006n). Las fantasías histéricas y su relación con la sexualidad (1908). En *Obras Completas Vol. 9*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . (2006o). Apreciaciones generales sobre el ataque histérico (1909 [1908]). En *Obras Completas Vol. 9*. Buenos Aires: Amorrortu.

----. (2006p). Una neurosis demoniaca en el siglo XVIII (1923 [1922]). En *Obras Completas Vol. 19*. Buenos Aires: Amorrortu.

----. (2006q). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica entre los sexos (1925). En *Obras Completas Vol. 19*. Buenos Aires: Amorrortu.

----. (2006r). El malestar en la cultura (1930 [1929]). En *Obras Completas Vol. 21*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fuente, R. (2011). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

García-Campayo, J., Salvanés, R. & Álamo, C. (2001). Actualización en trastornos somatomorfos. Madrid: Editorial médica panamericana.

Gargallo, F. (2006). *La filosofía desde América Latina: ¿para qué estudiarla?* Recuperado el 30 de marzo de 2014 de <http://francescagargallo.wordpress.com/ensayos/feminismo/feminismo-filosofia/la-filosofia-desde-america-latina-%C2%BFpara-que-estudiarla/>

Gonçalves, L. (2000). La metodología genealógica y arqueológica de Michel Foucault en la investigación en psicología social. En M. Folle Chavanes, & A. Protesoni. *Tránsitos de una psicología social*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.

Gutiérrez, R. (2006). *Historia de las doctrinas filosóficas*. México: Editorial Esfinge.

Iglesias, J.L. (2005). La histeria, furor uterino o mal de amor. *Medicina Universitaria*. 7 (28), 159-168.

Israël, L. (1974). *El goce de la histérica*. Chile: Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.

----. (1979). *La histeria, el sexo y el médico*. Barcelona: Masson.

Jones, E. (1967). *La pesadilla*. Buenos Aires: Paidós.

Julien, P. (2002). *Psicosis, perversión, neurosis: la lectura de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jung, C.G. (1977). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (2004). El reverso del psicoanálisis. En *El Seminario Vol. 17*. Buenos Aires: Paidós.

- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Maleval, J.C. (2009). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (2002). *Un saber que no se sabe*. Barcelona: Gedisa.
- Melman, C. (1984). *Nuevos estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Montero, V. (2006). *Breve historia de la psicósomática, diferencias entre la concepción médica y psicoanalítica*. Recuperado el 20 de noviembre de 2013 en <http://carlosbermejo.net/a-NUDAMIENTOS4/psicosomatica.pdf>
- Moriana, J.A., & Martínez, V.A. (2011). Psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. (16), 81-100.
- Mueller, F. (2010). *Historia de la psicología: de la antigüedad a nuestros días*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Nasio, J.D. (1991). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- . (1988). *Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Nietzsche, F. (2004/1887). *La genealogía de la moral*. Buenos Aires: Ediciones Libertador.
- Noyes, R., Stuart, S.P., & Watson, D.B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*. (49), 14-22.
- Oyama, O., Paltoo, C., & Greengold, J. (2007). Somatoform Disorders. *American Family Physician*. 76(9), 1333-1338.
- Pavesi, E. (2010). *Freud y el diablo: la concepción de lo demoníaco en el psicoanálisis de Sigmund Freud*. Recuperado el 15 de octubre de 2013 de <http://www.fiamc.org/bioethics/freud-y-el-diablo/>
- Penchansky, M. (2009). *Historia universal de la histeria: relatos de amor, pasión y erotismo*. México: Grijalbo.
- Pérez-Rincón, H. (2011). *El teatro de las histéricas; de cómo Charcot descubrió entre otras cosas, que también había histéricos*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. España: Miguel Gómez Ediciones.
- Postel, J., & Quétel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Prieto, I., & Martín, L. (2009). La histeria. *Manual del residente de psiquiatría*. (1), 349-355.
- Ramos, J. (2004). Fibromialgia: ¿la histeria en el capitalismo de ficción? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 24 (89), 2933-2946.
- Ramos, M.B. (2006). Epistemología de la histeria: una visión histórica. *Psiquis*. 15 (6), 157-162.
- Roudinesco, E. (2007). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2005). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Runes, D.D. (1981). *Diccionario de filosofía*. México: Editorial Grijalbo.
- Salamanca, M. (2013). *El diablo y el padre*. Recuperado el 20 de septiembre de 2013 de <http://spm.mx/home/el-diablo-y-el-padre/>
- San Agustín. (2000/ 398). *Confesiones*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos.
- Sánchez, C. (2013). *¿Cómo actuar con el propio ser?* Recuperado el 14 de julio de 2014 de <http://icf-granada.net/2012-04-04-08-30-57/textos-online/122-como-actuar-con-el-propio-ser>
- Sarason, I., & Sarason, B.R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson educación.
- Showalter, E. (1997). *Hystories: hysterical epidemics and modern culture*. Nueva York; Columbia University Press.
- Soler, C. (2006). *Lo que Lacan dijo de las mujeres: estudio de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Strathern, P. (2002). *Foucault en 90 minutos*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Szasz, T. (1976). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tallafero, A. (1987). *Curso básico de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Thompson, C. M. (2012). *El psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Trull, T.J., & Phares, E.J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson Learning.
- Torres, M. (1977). La histeria. En I. Krell (Comp.) *La escucha, la histeria* (pp. 85-98). Buenos Aires: Paidós.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Verhaeghe, P. (1999). *¿Existe la mujer? De la histérica de Freud a lo femenino en Lacan*. Buenos Aires: Paidós.