



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

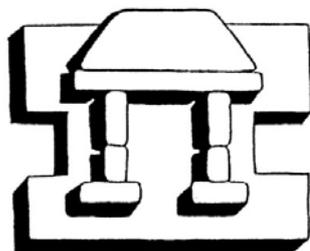
LA HISTERIA ATRAVÉS DE LA HISTORIA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
VÍCTOR RAFAEL MÉNDEZ GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESINA:
LIC. MARÍA TERESA PANTOJA PALMEROS.

COMITÉ DICTAMINADOR:
MTRO. JOSÉ REFUGIO VELASCO GARCÍA.
LIC. PEDRO JAVIER ESPINOZA MICHEL.



IZTACALA

TLANEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



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.

AGRADECIMIENTOS.

A mis terapeutas Schopenhauer, Nietzsche y Kant.

A Rockdrigo, Chopin, Beethoven y Bach.

A mis padres por aguantarme tanto y tantas.

A mis hermanos por darme la oportunidad de abrirme un lugar por y
con ellos.

A mis asesores José Velasco y Teresa Pantoja por su
desinteresada y valiosa ayuda en la elaboración de la presente.

Y por supuesto a las históricas por existir.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.	2
CAPÍTULO 1: La histeria en la época clásica.	7
1.1. El origen.	7
1.2. De Histérica a Bruja.	17
1.3. Los Pre-analíticos.	24
CAPÍTULO 2: Los primeros estudios de Freud sobre la Histeria.	34
2.1. El encuentro Freud-Histeria.	34
2.2. La conversión histérica.	42
2.3. Nosología psiquiátrica.	45
2.4. Actualización del método.	49
2.4.1. Dora.	56
CAPÍTULO 3: La histeria en la modernidad desde autores Lacanianos.	60
3.1. La histeria después de Freud.	60
3.2. La pregunta histérica.	65
3.3. El goce histérico.	72
CONCLUSIONES.	78
BIBLIOGRAFÍA.	86

RESUMEN.

Se sabe por pergaminos encontrados que la histeria ha ocupado un lugar especial en la historia de las enfermedades mentales. Desde su concepción siempre se ha distinguido por su espectacularidad, por su extrañeza, por su mimetismo y por las diferentes formas de definirla y de ubicarla.

No nos sorprenda que la misma enfermedad haya sido pensada de manera propia e independiente en cada periodo histórico en que la situemos, y es que la histeria como lo veremos se “transforma” y en momentos pudiera parecernos que lo que seguimos tratando, es sólo el nombre y no la enfermedad. La histeria hoy dista mucho de sus primeras concepciones etiológicas y más aun en los síntomas que se presentan en la actualidad; por lo que el objetivo del presente trabajo es realizar una aproximación de manera general a las concepciones que se han mantenido a lo largo de la historia, respecto a la histeria, ubicando tres momentos: a) periodo preanalítico; b) periodo propiamente Freudiano y c) periodo después de Freud, bajo el discernimiento de autores Lacanianos.

La recolección bibliográfica en un primer momento está compuesta por material de carácter histórico, para posteriormente retomar textos de naturaleza Freudiana y terminar con textos escritos por autores Lacanianos. La aproximación teórica como se deja entrever, se ampara bajo el psicoanálisis Freudiano y Lacaniano.

INTRODUCCIÓN.

La histeria ocupa un lugar privilegiado dentro de la historia de las enfermedades mentales, es acerca de este tópico sobre el que quizás se haya escrito más, y haya llamado la atención, renovando bríos en cada época en que se manifestó, desconcertando a los sabios, clérigos, médicos y charlatanes de su tiempo. Desde los primeros intentos del hombre por comprender y curar esta enfermedad se vio superado por el inherente mimetismo que comprende, adaptándose según los colores y formas de cada sociedad en cada momento histórico. La histeria al contrario de lo que encontramos en buena parte de la bibliografía revisada fue pensada de manera distinta en cada época, empero, siempre se mantuvo presente su esencia original en el transcurrir de su historia, una sombra que desde sus orígenes la acompaña y que aún hoy continúa su travesía con ella, pero cada vez más pálida ante la luz emanante del psicoanálisis.

Podemos ubicar el nacimiento de la concepción histérica desde 1900 a.c., desarrollada y dada al mundo por primitivos médicos egipcios, impidiendo desde su primera concepción cualquier tipo de innovación a su etiología, perseverándose su origen: la histeria es el resultado de una crisis uterina y por su naturaleza enfermedad exclusiva de la mujer. Esta noción médica conservaría su solipsismo con algunas modificaciones hasta finales del siglo XIX. Los primeros médicos ubicaron al útero como principal y único responsable de la enfermedad y se le considero a éste como un órgano nómada, un órgano con vida y voluntad propia; como un animal que habitaba dentro de otro animal, que deambulaba por el cuerpo buscando la humedad que la mujer no le procuraba, y que en su carrera desenfrenada para saciarse, desplazaba a los órganos a su paso: aplastaba pulmones provocando ahogos, sudores, golpeteos al corazón, y palpitaciones, hasta detener su travesía en la garganta y formar como una especie de bola. Más de 2 mil años después a esta descripción etiológica, y ubicados a principios del siglo XXI ¿a que le llamamos "histérica", si las personas clasificadas de esta manera rara vez

presentan esta sintomatología, y no presentan el común *globos histericus*, síntoma tan corriente y frecuente en los anales de la medicina clásica?.

Las concepciones que giraron en rededor del padecimiento histérico evolucionaron en cada momento histórico, con explicaciones distintas y poco semejantes para cada época inscribiéndose en un aspecto en particular. Tenemos que en un primer momento la noción se centró en el aspecto orgánico, para pasar al animista, religioso, psiquiátrico y por último psíquico. Si la primera explicación para la histeria, la de un útero hambriento y errante nos parece ilógica, tenemos que esperar varios siglos para la explicación ofrecida en el Medioevo por la iglesia, y es que la noción de posesión demoníaca (dominante durante los siglos XIV y XVII) la sobrepasa en demasía. En este tiempo, los estigmas en el cuerpo de la histérica van a dar fe del pacto deliberado de fidelidad y servidumbre al mal; a lo invertido, al placer desenfrenado que sólo mitigaba intimar con el maligno. A excepción de la edad media no encontramos rastro alguno de tratamiento o diagnóstico de la medicina clásica, sino todo el esplendor de la influencia de la iglesia con su Fe. Las histéricas clásicas tendrán una noción completamente distinta a sus sucesoras, y es que para las histéricas de la Europa medieval su concepción mutará y sus mujeres dejarán de padecer por un útero migrante e insaciable, y pasarán a ser un aliado del maligno, un ente que ha pactado voluntariamente con Satanás para esparcir la maldad y la desventura. El médico se despartará y ocupará su lugar el brazo castigador del clérigo, donde la muerte y la confesión serán su meta para disipar los maleficios cometidos por la Bruja, pero nunca para aliviarla de su mal. En este periodo seremos testigos de la primera transformación adaptativa de la histeria: se moldeará a si misma para encajar en una horma distinta, se apoderará de las ropas, prácticas y costumbres de la histérica medieval, es decir se vestirá de bruja.

Este ambiente exageradamente supersticioso sólo podrá terminar hasta el siglo XVIII, con la entrada del siglo de las luces, que con la proliferación de inventos desarrollados por la ciencia y el discernimiento, permitirá que comience un interesante efecto “dominó” que comenzará con Mesmer y terminará con Freud, y es que Mesmer sin saberlo con su teoría del fluido universal permitirá

que se acepte un método del que sólo los charlatanes disponen: el “magnetismo animal”. Precisamente en esta época podremos contemplar un nuevo disfraz bajo el cual la histérica se nos mostrará, mutando de bruja a ser un metal manipulable por una barra magnética. Para Mesmer se comportará como una desventurada a razón de la influencia que los planetas y los metales ejercen sobre ella. El “trance magnético” practicado por Mesmer y desarrollado por sus seguidores, Braid lo estudiará y lo llamará *Hipnosis*, un procedimiento tan espectacular como increíble, y del que el “maestro” Charcot 92 años después se servirá para tratar a sus recluidas en la Salpêtrière, precisamente es en este lugar donde Freud conocerá la hipnosis y observará el teatro que escenificarán Charcot, la histeria y la hipnosis.

Desde las confesiones en el tribunal inquisidor, donde la bruja (histérica) declaraba sus fechorías insólitas e imposibles, “confirmadas” por la exageración que les imprimía, no habíamos presenciado los dotes naturales que la histeria guarda para el arte histriónico. Si la iglesia había sabido procurarse su conveniencia, el “maestro” sabrá sacar el mayor provecho de su inclinación innata para la actuación. Los martes en la Salpêtrière serán conocidos como los “martes de histeria”, donde Charcot someterá a su co-protagonista (la histeria), a su voluntad, siendo capaz de crear y eliminar cualquier cantidad de síntomas y situaciones. También podremos verla actuando como epiléptica (como no lo hacía ya hace bastantes siglos), por los pabellones de este nosocomio. La histeria escenificará en un sólo acto las dos más grandes creaciones de Charcot: la Histeria mayor y la Hipnosis histérica, pero lo que no sabrá el “maestro” sino hasta el final de sus días, es que su creación sólo actuó para él, simulando toda su teoría, pereciendo su influencia junto con él y con su teatro histérico. Precisamente sus dotes histriónicos vendrán a ser el nuevo disfraz con el que se mostrará y bajo el cual Freud tendrá su encuentro, donde pese a una larga lista de síntomas lejos de pasar por enferma, pasará por vil simuladora. A finales del siglo XIX ¿cuáles eran los tratamientos aplicados para aliviar el padecimiento histérico?

La recalcitrante herencia que la medicina clásica dejó a la histeria vio el fin de sus días con el nacimiento del psicoanálisis. Frecuentemente se dice que tres

revoluciones han sacudido el lugar central del hombre en el mundo: primero Copérnico demostró que la tierra no ocupaba el centro del sistema solar y que los demás cuerpos celestes no rotaban a su alrededor como lo sostenía la iglesia. Después, Darwin nos reveló que no éramos el eje de lo viviente sino que como todas las demás creaturas, habíamos evolucionado a partir de otras formas de vida más primitivas, y por último, Freud demostró que ni siquiera somos amos en nuestra propia morada, y que buena parte de nuestro comportamiento obedece a fuerzas ajenas a nuestra conciencia. Freud como veremos, construirá y establecerá un sistema teórico y práctico que tomará distancia del saber establecido, un saber que sólo las histéricas le podrán revelar, un saber sobre el que nada saben. Fue gracias al psicoanálisis que la histeria marco sus límites respecto del naturalismo etimológico del que provenía, y del útero se desplazó a las reminiscencias, al fantasma, al Edipo, cimientos del gran descubrimiento que la histeria inauguraba: el inconsciente. El psicoanálisis conceptualizó no sólo históricamente diferente a la histeria, sino que le dio una dimensión psíquica, Freud descubrió que la conversión histérica era señal y síntoma de los procesos inconscientes que operaban en la vida del neurótico, donde el mecanismo de la resistencia operaba para mantener escindido de la conciencia el afecto patógeno causante del padecimiento histérico. ¿Qué es lo que vio Freud que no pudieron ver sus antecesores o sus coetáneos?. Esta vez ¿cuáles son los nuevos métodos propuestos por el psicoanálisis para curar la histeria?, y más aún, para el descubrimiento Freudiano ¿qué tiene que ver la sexualidad con la histeria?.

Hasta el final de su vida Freud continuó desarrollando con ingenio teoría psicoanalítica, manteniéndose hasta cierto punto coherente. No fue casualidad que cuando se acercaba el final de su vida surgieron como por encanto los grandes trabajos que habrían de constituir importantes escuelas psicoanalíticas. En 1934 Melanie Klein lee en el congreso de Lucerna su primer escrito sobre el duelo; Lacan expone en el congreso de Marienbad en 1936 el estadio del espejo, mismo año en el que Anna Freud publicará su libro y al siguiente Hartmann presentará su ensayo en la sociedad de Viena. Dentro de estas propuestas innovadoras podemos ubicar la escuela francesa de psicoanálisis, teniendo como máximo exponente al Freud francés: Jaques

Lacan. Bajo la perspectiva de Lacan la teoría Freudiana fue releída bajo la lingüística de Saussure y la antropología de Lévi-Strauss, estableciendo una manera renovada de leer el inconsciente, que para Lacan estará estructurado como un lenguaje.

Para Lacan el padecimiento histérico, lejos de contemplarse como una subdivisión de la neurosis, es un efecto del lenguaje y una manera de establecer lazos sociales. Bajo la perspectiva Lacaniana, podremos releer la histeria desde una postura distinta a la ortodoxa, con ecuaciones, sujetos barrados, significantes, amo, con otro y con Otro. Al amparo de los desarrollos teóricos Lacanianos la relectura de Dora nos arrojará la eterna pregunta que insiste en la histeria: ¿qué es la mujer?, podremos aproximarnos también al goce histérico y la función que tiene en el mantenimiento de su mal-estar, en su empeño de gozar un deseo insatisfecho. La sexualidad en la teoría freudiana de la histeria se muestra anestesiada, empero, desde la teoría Lacaniana el asco a lo sexual en la histeria se sostiene como estandarte de su vida: el deseo no es sino el deseo del otro, su genitalidad demuestra que el deseo nunca puede ser colmado y que un hombre y una mujer sólo son dos. A principios del siglo XXI, desde la perspectiva Lacanina ¿por fin podremos encontrar el rostro que tiene la cura en la histeria, o nos encontraremos con las recaídas que desde sus primeros intentos para aliviarla la han perseguido?

Para responder a estas preguntas tendremos que hacer un largo recorrido, escudriñar desde sus orígenes y seguirla muy de cerca, tendremos que pensarla como fue concebida en cada época, pero tendremos a cada paso que demos tras de ella, tener que sacudirnos las nociones dominantes de cada período para poder apresar toda la magnitud de su nueva concepción, siempre distinta a la anterior. Debido a que la histeria femenina se transforma en cada momento histórico el objetivo del presente trabajo es realizar una aproximación de manera general a las concepciones que se han mantenido a lo largo de la historia, respecto a la histeria, ubicando tres momentos: a) periodo preanalítico; b) periodo propiamente Freudiano y c) periodo después de Freud, bajo el discernimiento de autores Lacanianos.

CAPÍTULO 1. LA HISTERIA EN LA ÉPOCA CLÁSICA.

1.1. El origen.

En la historia de las enfermedades mentales la histeria forma parte de los diagnósticos más antiguos, consagrándose su concepción original en casi todas las nociones posteriores. Sabemos por pergaminos encontrados que la histeria fue un tema de sumo interés para los filósofos, clérigos y médicos de la antigüedad. El primer manual de medicina del que se dispone es un documento descubierto en Kahoun, Egipto, que data aproximadamente de 1900 a.c., donde se refiere a la histeria como “perturbaciones del útero”. El papiro de Kahoun es un tratado que enumera síntomas, diagnósticos y tratamientos de esta enfermedad, y lo que en él encontramos hoy, que nos parecería inaceptable, fue aceptado al pie de la letra hasta el siglo XIX. Chauvelot (2001) indica tres generalidades que aparecen en dicho papiro: a) Todos los síntomas que competen bajo el nombre de histeria son imputables únicamente al útero, enfermedad de un órgano cuyo origen es sexual y específicamente femenino; b) El útero desencadena la enfermedad porque se halla en estado de inanición, es decir no tiene lo que desea y c) Manifiesta su descontento desplazándose por el cuerpo de manera intempestiva.

Las enfermedades mencionadas en el papiro de Kahoun, claramente serían hoy definidas como desórdenes histéricos, debemos recordar que en aquellos tiempos se entendía que ciertos desórdenes conductuales estuvieran asociados con los órganos procreadores, y específicamente con aberraciones en la ubicación del útero. La histeria fue entendida entonces como el resultado de la actividad sexual desordenada, que repercutía inevitablemente sobre el resto del cuerpo. Esta idea estuvo tan bien “confirmada” que ninguna otra explicación para los síntomas histéricos podía ser contemplada. El papiro Kahoun relata la historia de “una mujer que se negaba a levantarse de cama; otra que estaba enferma de la vista y que sufría de dolores cervicales; una tercera que sufría de los dientes y de las mandíbulas y que no podía abrir la

boca y una cuarta que padecía de dolores musculares difusos y de las orbitas” (de los ojos) (Melman, 1988, p. 47). Estos y disturbios similares (se creyó) se debían a algún tipo de “inanición” del útero, a su desplazamiento por el cuerpo en búsqueda de alimento, o al abandono de su lugar en búsqueda de humedad. Si nos detenemos un poco, nos daremos cuenta de que su visión de órgano errante, no es nada ilógica, pues la observación de los prolapsos uterinos parece ser, fue la que dio origen a la idea generalizada de un desplazamiento uterino, sin dejar de mencionar el desconocimiento de la anatomía heredado por la prohibición de la autopsia.

Los esfuerzos del médico de la época eran dirigidos muy lógicamente a: 1) Alimentar el órgano hambriento. Casando a las vírgenes y volviendo a casar a las viudas y 2) Persuadir al útero a que volviera a su lugar. Desde la parte alta del cuerpo se actuaba haciendo ingerir a la paciente productos nauseabundos, o haciéndole respirar olores pútridos, o bien, se actuaba desde la parte baja, se hacía penetrar por la vagina dulces y suaves perfumes balsámicos. Esta noción de útero migrante, sensible a los perfumes y olores inmundos va a perdurar durante siglos a igual que otros tratamientos de la época. Por ejemplo los balsámicos con fuerte olor como la valeriana, van a ser considerados y recomendados como antihistéricos todavía en el Manual de farmacología publicado en 1918, en Filadelfia.

Existe otro papiro, mas reciente que data del siglo XVI a.c., el *Papiro Ebers*, que cuenta el interés de Egipto y Mesopotamia por la histeria. En él hay un largo capítulo dedicado a la histeria, bajo el nombre de “Enfermedades de las mujeres”, con muchas más precisiones que el papiro de Kahoun, donde los principios utilizados para impulsar a la matriz de regreso, reflejan la ingeniosidad aplicada para aliviar a las mujeres histéricas, apareciendo además los elementos mágicos o religiosos, los sexuales, reales y simbólicos. El Papiro Ebers menciona una poción compuesta de alquitrán de madera de un barco y desechos de cerveza, que considerada por su mal sabor, se utilizaba para provocar el descenso del útero. Otras recetas listaron ungüentos compuestos de una colección variada de ingredientes desagradables, uno de estos ungüentos estaba compuesto de excremento seco mojado con cerveza, donde

“los dedos de la mujer son frotados con eso; tu lo aplicarás a todas sus extremidades y en su lugar enfermo”. (Veith, 1965, p. 5) Este documento también aconseja aplicar una colección variada de sustancias fragantes y aromáticas para retornar el útero hacia abajo: se sentaba a la enferma sobre paños húmedos impregnados de mirra líquida, para atraer al útero anárquico, empero si el órgano no accedía, se recurría a medidas más potentes: las fumigaciones de excremento seco de hombre, que mezclados con incienso, donde el humo (se precisa con claridad) *tiene que penetrar por la vulva*. Aunque se podía recurrir también a la sustitución del excremento, por la presencia cualquier producto del sexo opuesto. Por último, el Papiro describe un procedimiento simbólico: sobre el carbón de madera perfumada, cuyos humos debían penetrar por la vulva de la enferma, se situaba una figurita fálica de un ibis, representación del dios Thôt (dios de la luna, escriba de los dioses y señor de la magia y la sabiduría). La presencia de un Dios inmiscuido para aliviar los malestares convirtió a una medicina racional, en una medicina mágico-religiosa.

Las nuevas concepciones sobre la etiología y los tratamientos de la histeria se fraguará en el traslado del pensamiento de los médicos egipcios a médicos Griegos, donde diagnóstico etiología y tratamiento serán adoptados, empero es en Grecia donde nace la palabra ὑστέρα *hysterá*, palabra para designar al útero. La concepción de la etiología consideraba que esta enfermedad la padecían principalmente mujeres que no habían tenido relaciones sexuales y que debido a ello se podría producir un resecamiento en la matriz, por lo que el desplazamiento uterino, buscaría recobrar la humedad perdida en la cavidad abdominal, o como nos comenta Marchant (2000) si permanecía en la garganta, provocaba la sensación de un nudo en la garganta (globus hystericus). Para estos primeros médicos el útero siempre vagaba por el cuerpo hasta encontrar la humedad buscada. La prueba más convincente de la continuidad del pensamiento Egipcio se refleja al final de *Timeo*, donde Platón dice: “En las mujeres el útero no se parecen menos a un animal deseoso de procrear, de manera que si permanece sin producir fruto largo tiempo, se irrita y enoja, yerra de un lado a otro a través de todo el cuerpo, obstruye los pasos del

aire, impide la respiración, y engendra mil enfermedades de las que el único remedio es la reunión del hombre y de la mujer". (Platón, 1991, p. 720).

En la Grecia de Hipócrates, el médico más importante de la antigüedad, y considerado el padre de la medicina, bautiza a este padecimiento como *hystera*. En "De morbis mulierum", la sentencia a ser una enfermedad provocada por el útero. La palabra aparece por primera vez en uno de sus aforismos: "en una mujer atacada de histeria (o que da a luz trabajosamente) el estornudo que sobreviene es favorable", debido a que la contracción espasmódica vuelve a colocar al útero en su lugar, la pelvis. Hipócrates nunca dejó de señalar al útero como único responsable de los síntomas aún si incluso, las afecciones estuvieran localizadas en pies o piernas. Para Hipócrates siempre es éste órgano el que da pie a cualquier enfermedad, ya que los diferentes síntomas corresponden a las diversas posiciones que adopta el órgano itinerante, desde los temblores bajo las uñas de los dedos de los pies, hasta la ceguera o la afasia histérica, pasando por la inflamación de los riñones y la crisis de hígado.

Para Hipócrates la causa directa de la histeria es la continencia, ya que seca el útero, y éste se ve obligado a abandonar su lugar en busca de humedad. La continencia implica un problema de sexualidad, problema siempre sobrentendido desde la Antigüedad, pero nunca explicitado. Los tratamientos para la histeria a los que recurre Hipócrates, siguen siendo los mismos que para los egipcios, solo que menos salvajes. Para las señoras continúan de forma paralela las fumigaciones malolientes para la nariz y aromáticas para el vientre, mientras que para las jóvenes sólo les recomendaba abstenerse de ponerse perfume en los cabellos y de respirarlo, y tomar esposo lo más rápidamente posible. Mueller (1983) nos señala que Hipócrates fue el primero en establecer el diagnóstico diferencial entre la histeria y la epilepsia, asegura que una epiléptica que se acuerda de que se le ha palpado el vientre durante su crisis no es una epiléptica sino una histérica, mientras que la verdadera epiléptica no guarda ningún recuerdo de su crisis.

En la antigua Grecia los médicos tenían el derecho de no aceptar más que a los enfermos que pensaban sacar adelante, desistiendo tratar determinadas enfermedades crónicas o confusas, de las que la histeria figuraba en primer lugar. A estos desahuciados sólo les quedaba el auxilio de la religión y de la magia, con las que el pueblo contaba enormemente, pero sobre todo las históricas. Los sueños que habían sido siempre mensajeros de los dioses para con los hombres, se convirtieron en una medicina alternativa, en la que la nueva base terapéutica se sustentaba en el sueño. Esta medicina sostenía el culto de Asklepios o Esculapio, hijo de Apolo que cuando nació fue entregado al centauro Quirón, quien lo educó y transmitió sus conocimientos de medicina. Asklepios recogía en su seno a los rechazados, a los incurables por la medicina Hipocrática. El hijo de Apolo, el héroe curador de todas las enfermedades, aliviaba mediante “dulces encantamientos”, “pociones benéficas”, aplicaciones o con cirugía. Sus templos erigidos en Cos, Tricca, Cnido y Epidauro se convirtieron en lugares de peregrinación, donde se han encontrado anatemas de los enfermos curados. Mueller (1983) nos da un panorama de los elementos circundantes en sus templos erigidos, así como las prácticas dentro de estos: los templos erigidos para él no tenían más que un mueble, que era un diván. El enfermo, recibido por los sacerdotes, ejecutaban el ritual usual y, después de las abluciones, el paciente iba a tenderse ya relajado, en el diván, donde el paciente rápidamente se dormía y Asclepios se le aparecía en el sueño apoyado en su bastón, con el cual apartaba a las serpientes y daba paso a su consulta. Le hablaba al enfermo, o lo manipulaba si era necesario, e infaliblemente el enfermo, (por muy desconfiado que hubiera podido estar al principio), se levantaba curado. Algunas veces los pacientes refirieron haber sido tocados o lamidos por estas serpientes. Los votivos encontrados dan cuenta que la cura procedía de sus sueños, floreciendo, de esta manera en toda Grecia una medicina especializada para la histeria.

No hay duda alguna que la sugestión jugó indudablemente una parte importante en la curación. No se desecha la hipótesis de que los sacerdotes pudiesen haber empleado algún tipo de “hipnosis”, además de que pudieron haber administrado algún tipo de mezcla herbolaria cercana a los templos.

La efectividad de Asklepios es demasiado verosímil, porque los exvotos que

dan fe de la curación apuntan a aflicciones de tipo histéricas, para responder cuales eran los síntomas curados revisemos algunas inscripciones encontradas dentro del templo: “Un hombre, cuyos dedos con excepción de uno fueron paralizados, vino a suplicarle a Asclepios. Al mirar las tabletas en el templo, expresó incredulidad subestimando las curas y se mofó de las inscripciones. Pero en su sueño él vio una visión. Le pareció que él jugaba a los dados debajo del Templo, y estaba a punto de lanzar los dados, cuando Asklepios apareció, brotando sobre su mano, y alargando sus dedos (del paciente)” (Veith, 1965, p. 18). Al parecer, muchos pacientes padecían de ceguera transitoria, probablemente de origen histérico, buscaron ayuda en los templos. La siguiente inscripción trata un caso de esta naturaleza. “Alketas de Haleis. Este ciego tuvo un sueño. Parece ser que el dios llegó a la altura de él y abrió sus ojos con sus dedos (de Asklepios). Al romper el día él salió andando repuesto por la salud.” (Veith, 1965, p. 19). Estas ilustraciones son algunas para indicar el carácter peculiar de la medicina Aesculapiana. Este hecho nos adelanta el papel que la sugestión jugará en siglos posteriores.

Aulus Cornelius Celso no fue por sí mismo un médico practicante, sino un laico erudito que había hecho de su conocimiento su provincia, era un ciudadano romano sabio y erudito, que fue redescubierto hasta el Renacimiento y rebautizado como el *Cicerón medicorum*. Su trabajo sobre la histeria da testimonio de la admiración a Hipócrates, aunque abandona el término de histeria en favor del de la enfermedad de la matriz, conservando la idea de un útero itinerante: “Las hembras están sujetas a una enfermedad maligna del vientre; y junto al estómago, estos órganos son altamente susceptibles de ser afectados a la vez, o por apego repercute en el resto de cuerpo. Algunas veces este afecto priva al paciente de toda sensibilidad, en la misma manera como si ella hubiera caído en epilepsia. Aún con esta diferencia, ni los ojos les dan vuelta, ni la espuma fluye de la boca, ni hay cualquier convulsión: Hay sólo un sueño profundo. Esta enfermedad regresa frecuentemente, y para algunas hembras llega a ser habitual.” (Veith, 1965, p. 21). Celso aportó algunos perfeccionamientos al tratamiento clásico: prohibió la ingesta de vino, recomendó la perseverancia en el tratamiento, deporte y masajes. La innovación aconsejada (que dentro posteriores siglos se universalizaría con

incuestionables daños) durante la crisis fue: la sangría, pero también recomendó como alternativa la aplicación de ventosas sobre las ingles.

Probablemente contemporáneo de Celso, Areteo de Capadocia, viene a complementar la escritura de Celso, en el terreno de la histeria. La histeria, que como Areteo la llamó: la “sofocación de la matriz”, forma parte de las enfermedades agudas, y del estudio de sus escrituras se hace evidente que incorporase en ellos los pensamientos de Hipócrates y Platón así como también refleja sus experiencias: “En el medio del vientre de la mujer se encuentra la matriz, órgano sexual que se diría que casi está dotado de vida propia [...]. En una palabra: nada más móvil y más vagabundo que la matriz [...]. La matriz prefiere los olores agradables y se aproxima a ellos, detesta y huye de los desagradables [...], de tal manera que la matriz está por entero en la mujer como un animal en el animal.” (Chauvelot, 2001, p. 18). Con Areteo continúan las ideas de que los prolapsos son originados por el repentino desplazamiento uterino, que en unos casos impide la respiración y en otros el habla. Areteo se extendió sobre la línea de las prescripciones egipcias sobre el tratamiento de los olores atractivos y los desapacibles. Sus consejos para la histeria son: poner delante de la nariz “orín viejo, cuyo mal olor y fuerza son tales que podrían devolver a un muerto a la vida, y muy adecuados por consiguiente, para hacer descender la matriz”. Areteo tiene cada vez más en cuenta el problema del prolapso uterino, y cae en cuenta que con la edad, el útero mostraba señales de fatiga, y por eso mismo las mujeres corrían menos riesgo de paroxismos asfixiantes que las chicas jóvenes. Después de él, la edad de las pacientes es considerada para el pronóstico de las crisis histéricas.

Soranus de Éfeso dio un gran paso dando fin a la larga tradición médica: para él el útero ya no es considerado un animal errante. Posiblemente la negación de un animal dentro de la mujer haya sido meramente en un sentido figurado, sin embargo introdujo un pensamiento nuevo en el debate de la histeria. Él nunca duda que la enfermedad este relacionada con el útero, pero si se niega a aceptar la idea de que el útero puede andar “de aquí para allá”. Por lo que criticó todos los tratamientos de su época, incluso los propuestos por Hipócrates, ya que no estaba de acuerdo en que se ejerciese una presión

sobre el vientre con el fin de hacer descenderlo de nuevo; ni que con ayuda de una cánula, se soplaran virutas de hierro en el intestino para provocar una inflamación de éste (es difícil discernir sobre el propósito que tenía la inflamación en aquellos tiempos, pues es un término que se encuentra en la literatura, pero sin cualquier relación de significado). Soranus pertenecía a las filas de los médicos llamados metódicos, ofreciendo la explicación de que la histeria es una enfermedad de *constricción*, que emana del útero pero que afecta al cuerpo entero. Nos comenta Chauvelot (2001) que los médicos metódicos consideraban a la anatomía y a la fisiología como superfluas, para ellos la patología en su conjunto quedaba reducida a dos estados diametralmente opuestos: a) El status strictus, es decir: lo demasiado seco, demasiado tenso, demasiado apretado y b) El status laxus, demasiado húmedo, demasiado flojo, demasiado fluido. El sistema terapéutico por lo tanto, se redujo a los astringentes para el status laxus, y a los calmantes para el status strictus. Soranus dividió de forma muy clásica la enfermedad histérica en dos tipos: la aguda y la crónica. La histeria aguda es un ataque de sofocación (de donde viene el nombre de “sofoco uterino”) con afonía y pérdida de conocimiento asociadas a convulsiones; mientras que la histeria crónica, es una enfermedad de constricción que apela al reposo, semi-oscuridad, masajes con aceite de oliva; hasta llegar a los más imperativos, como las ventosas en el pubis, manteniendo el diagnóstico diferencial Hipocrático respecto a la epilepsia, según haya amnesia o no.

Veith (1965) señala que si la ventosa aplicada en el área del pubis no parecía disipar el ataque se recurría entonces a un método más bien drástico: después de haber causado el vomito por haber dado de comer rábanos a los pacientes, donde “uno también debe ocasionar al paciente sofocación por medio de eléboro blanco”. Este tratamiento por similia similibus fue inusual en el momento, pero siglos más tarde asumió importancia a raíz de las máximas terapéuticas de Paracelso. Cuando el efecto deseado había sido logrado, Soranus enviaba al paciente a viajes por tierra y mar, recomendándole tomar “agua natural”.

Galeno, el más destacado médico después de Hipócrates nació en Pérgamo, ciudad de Asia Menor, famosa por su templo consagrado a Asclepios. Galeno estaba enteramente de acuerdo con Soranus: el útero no es un animal itinerante, pero mantiene la creencia de que el útero es el causante de los paroxismos. Las innovaciones de Galeno son numerosas, y esta es la razón por la que su pensamiento domine hasta el Renacimiento. La profundidad reveladora de Galeno sobre la importancia de factores psicogenéticos es destacada en su tratado titulado "Las Facultades Mentales Faculties Siguen a la Constitución Corporal". Aquí él discute que las influencias de mente y cuerpo son recíprocas; así como la influencia mental puede engendrar dolencias físicas, también los disturbios mentales pueden dar como resultado trastornos orgánicos. A pesar de la aguda observación de la asociación de cuerpo y alma, Galeno no extendió sus ideas a la Histeria. Tan firmemente arraigada era la creencia que esta enfermedad era una manifestación del trastorno orgánico del útero, que Galeno la aceptó sin lugar a dudas.

En Veith (1965) podemos encontrar las observaciones que Galeno toma como ejemplo de la relación alma-cuerpo, donde para ejemplificarlos describe los registros de una histérica a la que después de haber diagnosticado que no tenía problemas corporales y que no sufría de ningún desasosiego mental, ocurrió que en el mismo tiempo que la examinaba, alguien vino del teatro y dijo que había visto a Píldes bailando. Al oír esta noticia, el estado de la enferma empeoró bruscamente; su pulso, que Galeno tuvo la idea de examinar en ese mismo instante se volvió rápido e irregular. Al día siguiente, Galeno volvió a visitar a la enferma, no sin antes haber pedido que le fueran a avisar en presencia de su paciente, que el que bailarían aquella noche sería Morphus, al escuchar la noticia nada ocurrió, el pulso no indicó ningún cambio. Ocurrió lo mismo al día siguiente cuando pidió que anunciaran que bailaría "X" persona. Pero cuando al siguiente día se volvió a anunciar a Píldes, la enferma volvió a caer en síncope. De esta situación Galeno concluyó en días posteriores, que la paciente estaba enamorada de Píldes y que era este amor guardado el que la ponía en esos estados lánguidos. Galeno estableció de esta manera, una relación de causa-efecto entre la pasión y la sintomatología histérica, pero no la generalizó. Pasó muy, pero muy cerca, de la etiología psíquica de la histeria,

sin siquiera darse cuenta de que se abría una posibilidad distinta, y continuó buscando causas solamente orgánicas.

Galeno continuando con la herencia de la idea del resecamiento del útero, elaboró un poco más la idea de que este órgano produce una sustancia parecida al semen del varón, donde si ésta sustancia es retenida, los efectos de la retención del menstuo pueden corromper la sangre provocando un enfriamiento del cuerpo. Galeno concluye entonces bajo esta lógica, que la causa de la histeria es la “retención seminal”. En el caso de abstinencia en mujeres jóvenes o viudas, la retención de este líquido seminal supone una especie de envenenamiento (enfriamiento del cuerpo, corrupción de la sangre, irritación de los nervios), condición que provoca la crisis histérica. Por lo tanto la retención de las sustancias sexuales, tanto en el hombre como en la mujer, las convierte en veneno.

Galeno cita la historia de una viuda histérica, a la que siguió durante años. Esta mujer, después de estar curada tuvo una recaída tras la muerte de su segundo esposo: “es cosa reconocida”, escribe, “que esta enfermedad atañe particularmente a las viudas, y sobre todo a aquellas que han sido regulares en sus menstruaciones, fértiles, receptivas y ardientes ante las insinuaciones de su marido”. En los hombres, las mismas causas y los mismos efectos: “he conocido individuos que, por pudor, se abstenían de los placeres venéreos y caían en la dolencia”. (Chauvelot, 2001, p. 24).

Como pudimos ver toda la tradición médica gira en rededor de un animal errante, que dominado por el desasosiego dejará su posición en pos de saciarse. Sorprendentemente esta rica tradición en tratamientos perderá influencia y hasta el siglo XVI aproximadamente seremos testigos de su primer mimetismo, peculiaridad que como veremos más adelante es distintiva en la histeria. En su posterior transformación ya no la veremos peregrinar de médico en médico o de templo en templo, ahora la reconoceremos por sus prácticas, por los estigmas que el pacto y la maldad ejercen sobre ella.

1.2. De histérica a bruja.

Con la muerte de Galeno llega también el fin de la antigüedad. La medicina sigue presente en estos siglos, pero su disertación prescinde de todo acercamiento empírico con la realidad. Vieth (1965) sugiere que el interés del pueblo por aprender medicina, es tal, que todo el mundo se aprende de memoria el corpus médico, y hasta las recetas vilipendiadas por Galeno, que todo el mundo tenía que curarse solo, curar a los demás y mezclar a su albedrío medicamentos que no siempre eran azarosos en sus efectos. También son tiempos donde la intensidad religiosa y fanatismo a Asklepios ayudaron a preparar el terreno para recibir al monoteísmo, por lo que, los dioses múltiples con poderes capaces de producir enfermedades ya no fueron aceptables, en su lugar, los espíritus malignos fueron culpados, los demonios, que habían sido olvidados, reaparecieron, ahora señalados de transportar enfermedad y desastres.

Las crisis por la que atravesaba el mundo mediterráneo coincidieron con los tiempos en los que nacía el cristianismo, es en este momento cuando surge una especie de nostalgia, de vagas aspiraciones, de purificarse, redimirse y salvarse, por lo que, las prácticas religiosas, teúrgicas y aún mágicas se vieron atiborradas, por ejemplo se sabe que en los templos dedicados a la curación donde Asklepios moraba, el paciente se recostaba y el sacerdote se posicionaba a su costado haciendo oraciones que no tenían la intención de sustituir la intervención de Asclepios, sino de intensificarlas, esta práctica aunada a la sugestión curativa del sueño y los brebajes fueron por algún tiempo, la práctica común para aliviar los padecimientos de tipo histérico.

Para Mueller (1983) en los primeros años del cristianismo se respira la esperanza en la buena nueva, el anuncio de los nuevos tiempos y del advenimiento del reino de Dios. Se escucha el llamado a una conversión radical, amar al padre y a sus criaturas en la "fe, esperanza y caridad". Es algo totalmente distinto, es una nueva experiencia de vida, accesible a todos en una comunión fraternal, para prepararse para la segunda venida de Cristo y del fin del tiempo.

En el siglo II penetra el cristianismo a través de iglesias repartidas en las diferentes ciudades del Imperio Romano, su expansión en el siglo III, y su establecimiento por Teodosio como religión oficial en el siglo IV, marcaron el derrumbe definitivo de la civilización romana, dando origen a la Edad Media. En un mundo ya cristiano una nueva moralidad sexual aparece: la virtud cristiana, que es la abstinencia. Desde esta época se le debe a San Agustín la idea de que la unión sexual sólo se justifique como una manera de procrear y sin mácula de cualquier vestigio de placer sensual. Las escrituras de San Agustín sugieren que los placeres carnales son obra de espíritus malvados, espíritus como: 1) Incubos. Diablos menores que adoptando la forma de hombre ejecutan durante el sueño el acto sexual con mujeres; 2) Succubi. Los succubos son diablillos menores que en forma de mujer aparecen en los sueños de los hombres sosteniendo relaciones sexuales. Absorben su energía hasta tal punto de que pueden dejarlo agotado o incluso quitarle la vida. En el Martillo de Brujas se da cuenta de que estos entes recolectan el semen, lo manipulan y embarazan a las mujeres, quienes parirán hijos que serán más susceptibles a la influencia de los demonios. Esta idea esta tan bien confirmada que el tener hijos con retraso mental o alguna deformidad es señal de que uno o ambos padres eran demonios; 3) Brujas. Mujer que ha pactado deliberadamente servir al mal, quien posee además del poder de cambiar de forma a voluntad y llevar la desgracia a mortales, la particularidad del desenfreno sexual; y 4) Demonios. Espíritus malévolos. Existen documentos que dan “fe” de la existencia de demonios, sus nombres y jerarquías, además de conocer que demonio perturbaba comportamiento y funciones en el hombre. Cuando se realizaba un exorcismo y no se podía desalojar al espíritu chocarrero se creía entonces que más de un demonio habitaba su cuerpo.

Bajo esta nueva perspectiva el pensamiento de San Agustín alteró la noción del histérico y le cambió de un ser humano enfermo, asediado con necesidades emocionales y desasosiego físico, en alguien más o menos intencionalmente poseído, hechizado, asociado con el diablo, e incluso herético. Una nueva concepción para la histeria se abre paso: la explicación teológica de las manifestaciones de la histeria, que reza que este mal se debe a la alianza de la persona con un poder malvado que habita en las sombras del mundo.

Con sus manifestaciones bizarras, sus ataques de arrebatos, sus transitorias parálisis y cegueras; sus climaxes notables, sus dolores fugaces, y sus otros innumerables funcionamientos defectuosos temporales, la histeria va a dejar de ser una enfermedad para convertirse en la señal visible de embrujo, cayendo dentro del dominio de la Iglesia, y la Inquisición.

Si la histeria antigua se situaba bajo el signo de lo médico, la histeria medieval se diluye entre lo mágico y lo religioso; y del oscurantismo medioevo, nace un elemento significativo esencial: la diabolización de la sexualidad. Este tiempo histórico señala André, y cols. (1999), hace del histérico un débil, un poseído, un embrujado; un sospechoso de haber concluido voluntariamente un pacto con el diablo, por lo tanto, toda noción de enfermedad desaparece, y con esto, cualquier tratamiento médico posible queda reemplazado por los exorcismos y las hogueras. Así la mujer histérica cede su lugar a la poseída, a la bruja. El compañero para la histérica en estos tiempos ya no será el médico, sino el brazo inquisidor del clérigo.

Las mujeres acusadas de brujería (raramente se encuentran hombres acusados), habitualmente tenían un oficio y solían ser cocineras, perfumistas, curanderas, consejeras, campesinas, parteras o “nanas”, y realizaban sus actividades con el desarrollo de sus propios conocimientos. Las brujas eran la medicina popular del medioevo, ésta medicina presentaba un doble aspecto: el práctico y el mágico. El primero consistía en el uso de productos naturales de reconocida eficacia; mientras que el segundo, se componía de rituales mágicos con oraciones, de las que muy poco se sabe. Dentro del recetario de las brujas se encontraban los filtros de amor, de muerte, de aborto o de impotencia, que generalmente durante la elaboración de estas recetas se representa la idea de lo contrario, de lo inverso; porque girar, o dar vuelta en sentido contrario, significaba actuar como el diablo. Si una mujer quería volver impotente a un hombre, tenía que revolcarse desnuda por el trigal con su cuerpo untado con miel, los granos se recogían y eran molidos en sentido *contrario*, de esta harina obtenida de forma inversa, se hacía un pan que producía el efecto contrario al de la desnudez y de la miel.

Cada desastre que le ocurrió al hombre le fue atribuido a una bruja, desde la destrucción de su casa por un relámpago, la muerte de su ganado, accidentes y muertes en su familia; hasta sus propias enfermedades y fallas como persona, se creyó, eran provocadas por el trabajo de una bruja, de quién son la confesión y la muerte desharían su maleficio. Tal era el temor y por eso nos refiere Foucault (1986) la ordenanza de 1628, que aplicaba a todos los adivinos y astrólogos una multa de 500 libras, y un castigo corporal (la picota, incisión de los labios con hierro candente, posteriormente la ablación de la lengua y, finalmente, en caso de reincidencia, la hoguera). Pero el edicto de 1682 es aún más severo: "Toda persona que presuma de adivinar deberá abandonar inmediatamente el reino"; toda práctica supersticiosa deberá ser castigada ejemplarmente "según la exigencia del caso"; y "si se encontraran en el porvenir personas lo bastante malvadas para aunar la superstición a la impiedad y el sacrilegio... se pide que quienes queden convictas sean castigadas con la muerte". Finalmente, esos castigos serán aplicados a todos los que hayan utilizado prestigios y venenos "ya sea que la muerte haya sobrevenido o no" (Foucault, 1986, p. 147).

En el *Malleus Maleficarum* se acusa, a la bruja de practicar el sabbat, a donde la bruja llega volando o convertida en animal. El sabbat de las brujas es una reunión nocturna que ocurre con regularidad en los prados cercanos a un poblado, donde se reúnen las brujas para adorar al demonio de acuerdo a un ritual determinado. Bravo (2002) nos refiere que el sabbat básicamente consta de los siguientes elementos: a) se reniega del creador, de los santos, se pisotea la hostia, etc.; b) el diablo da un sermón; c) le dan ofrendas y besan sus partes ocultas; d) se hace una parodia de la transubstanciación del pan y vino en sustancias repugnantes; e) las brujas comen un banquete de sabor asqueroso, y posteriormente acompañadas de música, copulan con él (que resulta doloroso) y con los demás asistentes, incluyendo personas del mismo sexo e inclusive con sus propios familiares; f) se preparan venenos y ungüentos y g) él los invita a seguir cometiendo fechorías. Como podemos darnos cuenta el sabbat es una versión invertida de la eucaristía cristiana.

Varios estudios revelan que muchas mujeres que fueron procesadas por brujería, eran en realidad curanderas. Estas mujeres proporcionaban asistencia médica, sus conocimientos eran transmitidos de generación en generación y constantemente eran mejorados por propios métodos empíricos. También las parteras fueron procesadas por brujería, que de hecho son las que con más frecuencia se mencionan en las actas procesales. A estas brujas, nos comenta Blázquez (2004) que la iglesia no sólo las atacaba porque ejercían autoridad sobre la concepción, cuidados durante el embarazo y el parto, sino porque practicaban abortos y suministraban anticonceptivos, es decir, influían directamente en el número de nacimientos. Poder que no tenía la iglesia, y que lo deseaba.

Las capas superiores del clero condenaron a la bruja por tener nexos con el diablo, los religiosos atacaron a quienes practicaban la hechicería o curaban, imputándoles poderes sobre naturales otorgados por el mal, pero la verdadera razón por la que se persiguió a la bruja obedece a otros fines. Existen más de dos explicaciones del porqué la bruja fue perseguida y casi “extinguida”, preferimos la hipótesis que sostiene Blázquez (2004) la cual dice que la bruja fue inventada para aumentar el número de fe y de brujas. Recordemos que ésta época se caracteriza por ser sumamente supersticiosa, donde la recomendación clériga era santiguarse, rociarse con agua bendita y hacer la señal de la cruz en contra de los llamados maleficios. La práctica de una casual herbolaria recomendada por brujas tenía mejores resultados que la simple oración. En otras palabras éstas mujeres campesinas con sus conocimientos “silvestres” lograron poner en duda el lugar de la Iglesia, quedando de manifiesto que la Bruja y Eclesiástico eran francos adversarios que competían por el mismo mercado.

La persecución casi obsesiva de la que la bruja fue objeto, se debe a la obra en la que se compilan y describen características, formas de identificación y castigos para las brujas, tratado que ve la luz en el año 1486 con el título *Malleus Maleficarum*, (El Martillo de las Brujas) que se convertirá en libro de texto de los inquisidores, será el tratado contra la brujería más leído, comentado y actuado de los siglos XV y VII. Éste manual se convertirá en una incitación para la tortura y el asesinato masivo, además que reflejará los

temores de una sociedad. A partir de estas escrituras, la bruja, a diferencia del loco o del leproso, habrá necesariamente que exterminarle. Los autores son guiados por el pensamiento teológico de San Agustín y Santo Tomás, por lo que en muchos sentidos podría decirse que el *Malleus* es un tratado sobre las debilidades del cuerpo; que es un desmesurado ataque contra los placeres sexuales de las llamadas brujas, y que no hacen sino poner al descubierto los placeres de la mujer en general, pero más aún, descubre las fantasías eróticas de los hombres que las describen. Para Cohen (2003) el martillo de las brujas decreta que la hechicería surge del deseo carnal, debido a que nunca queda satisfecho en las mujeres, por lo que no sorprende que niñas y mujeres fueran casi siempre las acusadas. La práctica del libertinaje sexual durante el sabbat, demuestra que su sexualidad estaba fuera de cualquier control masculino, intolerable en esa época y aún hoy. La sexualidad femenina se relaciona entonces con la entrega y obediencia al diablo y como él se consagra también a propagar el mal.

Durante los procesos de brujería, nos comenta Chauvelot (2001) que lo que más interesó y por mucho a los jueces, fue lo que incumbía de cerca o de lejos a la sexualidad, donde su curiosidad insaciable les llevó a hacer sufrir a los “sospechosos”, tales torturas que confesaban cualquier cosa: así, una partera certificó haber matado a cuatrocientos niños, entre ellos tres suyos, y aceptó, para ser justa, haberse comido a la mitad en orgías sabbáticas, y haber utilizado los restos macabros para la fabricación del célebre “bálsamo de las brujas”, remedio infalible para fines abortivos.

Un estudio cuidadoso del *Malleus*, nos revela sin ninguna duda que muchas, si no es que la mayoría de las brujas descritas, padecían solamente de histeria, pues las anestias parciales, mutismo, ceguera, convulsiones y una multiplicidad de falsas ilusiones sexuales, eran signos constantes en estas mujeres. Durante el proceso inquisidor, el interrogatorio era complementado por la ejecución de pruebas de brujería, y pinchar la piel por áreas de anestesia fue una prueba frecuente. Las regiones de insensibilidad fueron consideradas estigmas satánicos y confirmatorios de embrujo. Actualmente sabemos que la pérdida de sensación cutánea es uno de las características más reconocidas de la histeria. Revisemos un caso de anestesia: En Inglaterra y Escocia la

detección de brujas se convirtió en una vocación lucrativa. Pitcairn, viajero con misión realizar pruebas por áreas anestésicas para la detección brujas relata: “John Kincaid de Tranent, aplicó el punzón común, ejercitando su oficio sobre ella. John encontró dos marcas de confección del diablo: 1) que ella no pudo sentir el alfiler cuando le fue introducido en dichas marcas, y las marcas no sangraron cuando el alfiler le fue retirado; 2) cuando se le preguntó, dónde le habían sido introducidos los alfileres, ella apuntó más allá del lugar real. Los alfileres eran de tres pulgadas de largo, cada uno.” (Vieth, 1965, p. 67).

Cuestionar estas pruebas era sinónimo de herejía, susceptible de ser castigado por la autoridad eclesiástica en este y el otro mundo. De las tres secciones que componen el *Malleus*, la segunda es la más interesante desde el punto de vista psicológico, pues esta sección menciona las evidenciadas presentadas en los juicios de las brujas acusadas, y resulta claro que muchas de ellas eran enfermas mentales, ya que son frecuentes las descripciones de delirios, alucinaciones, comportamientos maniacos, melancólicos, catatonía y paranoia.

La actitud medieval hacia la religión, la metafísica y las interpretaciones místicas como señala Dupont (1989) fueron siendo sustituidas progresivamente por la observación directa de los fenómenos. La estructura enteramente bizarra de brujería y hechicería se volvió reconocida como una falsa ilusión, donde perpetradores y víctimas se vieron no solamente como seres humanos enfermos, si no impostores vulgares. Los médicos del renacimiento se transformaron en hombres de ciencia y el cuerpo humano comenzó a ser explorado como nunca antes, por lo que las disecciones de los anatomistas adquirieron tal relevancia, que a finales del siglo XVI las universidades contaban con espacios para practicarlas. Ya en el siglo XVIII la tendencia era aceptar sólo lo que se podía observar en forma directa y reproducir experimentalmente.

Doscientos años más tarde, en 1923, en el artículo “Una neurosis demoníaca en el siglo XVII”, Freud va a hacer la analogía de posesión medioeval, con la neurosis, “actual”: “La teoría demonológica de aquellos tiempos oscuros ganó terreno a todas las concepciones somáticas... Los casos de posesión corresponden a nuestras neurosis, para cuya explicación hemos vuelto a aducir

poderes psíquicos. Los demonios son para nosotros deseos malos, retoños de mociones pulsionales reprimidas. Sólo 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, 1989, p. 73).

1.3. Los pre-analíticos.

El siglo XVIII, el siglo de las Luces, exigía un esclarecimiento sobre los sucesos y las cosas, sin dios ni diablo, por lo que las explicaciones de orden metafísico fueron derribadas al colocar primacía en el uso de la razón en el actuar de los hombres. Es el surgimiento de las ciencias del hombre, donde el *espíritu* de lo positivo comienza sus dominios. Es el siglo de Lavoisier, Voltiare, Hume, Buffon, Hoffman, Théodore Tronchin, y demás. Es el siglo más importante en la historia de la cultura y particularmente de las ciencias. Es un siglo de iluminación que manifiesta el idealismo humanitario en medicina, política y filosofía. A finales del siglo XVIII con Franz Anton Mesmer comienza el efecto “dominó”, que verá su fin en los primeros procedimientos técnicos utilizados por Freud. Mesmer, célebre médico Vienés, proponía un método terapéutico nuevo y universal, para unos charlatán, genio para los demás, y para la iglesia brujo que había que quemar. Sin ser ninguna de estas cosas, Mesmer aportó una nueva forma de medicina, y aunque la sintomatología de sus pacientes mostró parálisis transitorias, anorexia, delectación morosa, ceguera o crisis epileptiformes, nunca, ni Mesmer ni sus colaboradores le dieron su lugar como histeria. Sahakian (1986) nos aporta los rasgos generales de la teoría del “magnetismo animal” que propuso este galeno-astrónomo: Mesmer aseguraba que existía una influencia correspondiente responsiva entre los cuerpos celestes, la tierra y los cuerpos animados; que éste fluido era susceptible de recibir, propagar y comunicar todas las perturbaciones motoras, donde esta acción reciproca estaba sujeta a leyes mecánicas, con las que todavía no estábamos familiarizados.

Su gran descubrimiento lo realizó cuando hizo ingerir a una paciente, un líquido con hierro, y posteriormente le aplicó imanes en piernas y abdomen, provocando una crisis que le devolvió la salud. Desde ese momento pensó Mesmer, que su tarea era provocar crisis artificiales en los enfermos, con el objetivo de que la “verdadera” enfermedad se manifestara y se restableciera el equilibrio con el fluido universal. También descubrió que había ocasiones en que sus pacientes entraban en trance, cuando realizaba pases suaves con una barra de hierro sobre sus cuerpos, o cuando acompañado por una barra metálica les daba la orden “dormez” (duerma) la persona entraba en un trance al que llamó magnetismo.

Su primer desarrollo técnico individual como nos indica Novoa, (1999) consistía en que se sentaba frente al paciente manteniendo contacto rodillas con rodillas, le presionaba los pulgares con sus manos, le miraba fijamente a los ojos, continuaba tocándole los hipocondrios y por último trazaba pases con una barra de hierro sobre sus miembros. Mesmer se hizo famoso por su tratamiento magnético, y durante unos cinco años la residencia de Mesmer en París, se convirtió en la clínica que recibía a pacientes de todas las clases sociales, para someterse al tratamiento dentro de una habitación bajo penumbras; donde los enfermos entraban y se colocaban en silencio, en rededor de una fuente llamada la *artesa de la salud*. Su procedimiento técnico para grupos lo describe Mueller (1983) el cual consistía en la entrada del maestro a la habitación con paso lento, envuelto en una larga túnica de seda lila y con una larga varita de hierro en la mano, preguntaba en voz baja a los asistentes sus padecimientos; les pasaba la vara por el cuerpo y hundiendo la mirada sobre sus pacientes, los advertía antes de darla señal para la “cadena”, que consistía en que los enfermos tocaban los dedos del de al lado para que la “corriente eléctrica” se intensificara y atravesara todo el cuerpo. Frecuentemente se producían escenas asombrosas: los enfermos rompían la cadena y gritaban que estaban curados, otros se lanzaban a los pies del maestro y le besaban las manos, otros le pedían que intensificara la corriente o que les diera nuevos pases. También algunas veces explotaban en delirios colectivos, los enfermos rodaban por el suelo, otros reían, otros sollozaban, gemían o se ponían a bailar o bien, caían en un leve sueño.

De los seguidores de Mesmer, es el Marqués de Puységur quien hace aportaciones trascendentales para el tratamiento magnético. Su caso más famoso fue Víctor, un joven pastor, a quien creía inducir cambios completamente de personalidad, ya que en el estado del sueño magnetizado, el usualmente apenado e ignorante sujeto, llegaba a ser un inteligente y elocuente conversador, así Puységur descubrió que los pacientes bajo el sonambulismo artificial, eran capaces de confiar al magnetizador problemas de los que hablarían también en estado de vigilia. Posteriormente el grupo de Puységur indujo a los sujetos a estados mentales completamente profundos y más allá de las condiciones normales, donde siempre insinuaban sensaciones falsas, que apelaban al exhibicionismo de los magnetizadores, aún así continuaron investigando sobre este nuevo descubrimiento del *sueño-despierto* de los sujetos mesmerizados, a quienes terminaron por llamar sonambulitos lucidos. Puységur terminó simplificando la técnica de Mesmer, haciéndola menos complicada, donde el verdadero agente activo para la curación era la voluntad del magnetizador.

Puységur advirtió que los tratamientos magnéticos no debían terminar con la desaparición de los síntomas, sino que la relación entre magnetizador-magnetizado, debía terminar de manera dosificada, ya que cualquier precipitación para finalizar el tratamiento, podría conducir a la reaparición de los síntomas, así como el agravamiento de la enfermedad, empero si el tratamiento magnético se extendía después de la cura, la disposición para hacerse magnetizar disminuiría considerablemente. Puységur fue el primero en ubicar el sonambulismo, fenómeno que cuando sus pacientes se dormían y se convertían en "otros". Puységur sustituyó a Mesmer y el sonambulismo reemplazó a las curas magnéticas. En esta nueva etapa del magnetismo el interés se desplazó hacia el paciente.

Faria, partidario de Puységur, fue uno de los iniciadores más importantes en la teoría de la sugestión y antecesor de la escuela de Nancy. Se le debe el rompimiento con la teoría del fluido universal, para sostener que todo lo que ocurre en la relación magnética debe comprenderse como algo que sucede en la mente del sujeto que demanda ser curado, lo que implica un cambio con la relación a las posturas que hasta ese momento habían sostenido los

magnetizadores. El magnetizador, como en la etapa anterior es un elemento secundario, ahora el éxito de las curas, se debe a la condición de sugestionabilidad del magnetizado. Cabe mencionar como lo hace Novoa (1999) que los primeros mesmeristas tuvieron complicaciones en la relación magnetizador-magnetizado, donde la sexualidad fue difícil de disimular y de soportar. Llamaban la atención las curas magnéticas, que hacían especial énfasis sobre las situaciones eróticas para el magnetizador durante la mesmerización, empero los magnetizadores nunca reconocieron a la sexualidad como síntoma.

Todos los fenómenos espectaculares, como el sonambulismo, suscitaron interés en los investigadores de la época. Este fue el caso del ginecólogo inglés Robert Brudnell Carter. Carter realizó investigación independiente, fue ignorado por sus contemporáneos, y sin tener alguna influencia en sus sucesores inmediatos, se adelantó a Freud en cuanto a la etiología de la Histeria. En su obra, "De la patología y del tratamiento de la histeria" publicada en 1853 describió una etiología esencialmente sexual, su represión necesaria por la obligación social y educativa; donde un acontecimiento inicial, es el responsable de la primera crisis, y que se ve forzada a callar a toda costa la causa que desencadenan esta crisis, en otras palabras, se refiere a la represión. Para Carter el deseo sexual insatisfecho está en el origen de las manifestaciones de la enfermedad histérica. El sexo se encuentra indiscutiblemente inmiscuido en el origen de la histeria, en tanto que se encuentre como objeto de represión. Superando ampliamente a sus predecesores, Carter hace de él, el elemento etiológico de mayor peso y excluye radicalmente todas las disfunciones fisiológicas y todas las enfermedades orgánicas. Carter distinguió tres fases clínicas de la histeria: 1) un estadio "primario", caracterizado por la explosión brusca de un paroxismo convulsivo; 2) un estadio "secundario", donde las crisis son provocadas por el recuerdo voluntario o no, de la emoción inicial, y 3) donde la enferma busca ayuda y cuidados que le han sido suministrados en las primeras dos fases, con la invención adherida de recursos imaginativos.

Según Chauvelot, (2001) para Carter en estas mujeres no es el deseo sexual el que les hace actuar, sino el deseo de ser objeto de atenciones, el estatuto privilegiado que sólo da la enfermedad. Carter rechazó decisivamente todo valor terapéutico de olores, perfumes y fumigaciones, además del uso del espéculo. Robert Carter escribió esto tres años antes del nacimiento de Freud y 42 años antes de los Estudios sobre la histeria. Parece ser que Carter pasó al igual que Galeno muy cerca del descubrimiento de la etiología histérica, pero no franqueo más allá de la represión sexual, un aspecto básico para comprender el padecimiento histérico. Hasta este momento en la revisión bibliográfica del acervo freudiano, no ha sido posible ubicar a este personaje, así como si Freud se versó sobre su obra.

El término hipnosis (o también neuro-hipnotismo) suele atribuírsele al médico y cirujano inglés James Braid, quien lo utilizó en 1843 en su obra "Neuripnología. Tratado del sueño nervioso o hipnotismo". Horthersall (2005) nos describe como Braid llegó a concebir la hipnosis: Braid asistió en noviembre de 1841 a una demostración de un mesmerista, Braid se mostraba muy escéptico respecto de las afirmaciones mesmeristas, pero observó que los párpados del sujeto mesmerizado se volvían pesados, se bajaban y finalmente se cerraban y no se abrían hasta después del trance. En casa, trató de mesmerizar a su esposa y a un amigo, mirando fijamente un objeto metálico brillante que se movía lentamente, Braid los sugestionaba diciéndoles que sus párpados se ponían pesados. Ambos cerraron los ojos y cayeron en trance. Con este experimento, Braid terminó con la prolongada y enconada polémica sobre la función del magnetismo y demostró la importancia de la fijación y sugestión para inducir un trance. Braid llegó a la conclusión de que la hipnosis es una forma de sueño inducido por sugestión y una reducción de la atención. Con este descubrimiento, Braid marcó irreversiblemente la diferencia entre perturbaciones orgánicas y funcionales, y demostró la importancia de la sugestión para estas últimas. La sugestión era el origen y la separación definitiva entre enfermedades del sistema nervioso y lo que se había convenido en llamar perturbaciones del comportamiento.

Braid reportó tratamientos exitosos de tics, parálisis, afasias, sorderas, reumatismo, dolores de cabeza, palpitaciones, padecimientos de la piel y otros

órganos, además de separar definitivamente el magnetismo animal de la hipnosis. La hipnosis a diferencia del magnetismo, sí será reconocida y servirá para los fines de la ciencia. De esta manera, el nuevo tratamiento hipnótico, llegará a colocarse como uno de los tratamientos más comunes, para tratar las diversas enfermedades físicas y mentales de finales del siglo XVIII.

En contraste a lo que hemos venido revisando, muchos psiquiatras del siglo XIX consideraban a la anatomía patológica la clave de la explicación de los trastornos mentales. La insistencia en el descubrimiento de lesiones anatómicas en trastornos psiquiátricos, gozaba de una posición dominante en la psiquiatría de la Europa continental, época en que Freud iniciaba su formación como médico. Levin (1985) señala que en esta época se creía firmemente que en todos los casos sin excepción, era posible hallar en los enfermos mentales lesiones en el cerebro o en sus membranas, evidencia constante para explicar satisfactoriamente los diversos trastornos intelectuales y afectivos de la locura. La investigación médica en esta época consistía en seguir al paciente hasta la mesa de disección, y descubrir lesiones que pudieran relacionarse con hallazgos clínicos anteriormente registrados. Podemos encontrar en extensos estudios afirmaciones sobre la etiología de la enajenación, ubicada en el cerebro originada por lesiones. Bayle, en 1822 a la parálisis y a la locura las consideró dos caras de la misma moneda y la llamó “demencia paralítica” (finalmente reconocida como una manifestación tardía de la sífilis), por su parte Griesinger en 1845 afirmaba que el examen de los cuerpos de los dementes después de su muerte, ofrecía pruebas a favor de la afirmación de que el cerebro es el órgano afectado en la locura y todavía en 1880 Westphal reconocía que algunos síndromes psiquiátricos no revelaban a menudo ninguna lesión anatómica distinguible, aún con un examen microscópico, pero atribuía esta situación a las limitaciones del microscopio.

Entre 1880 y 1890 el neurólogo de reputación mundial Jean-Martin Charcot observó el carácter particular de las parálisis histéricas, consecutivas a ciertos traumatismos físicos, que no correspondían a la lesión de un territorio neurológico determinado. Según Ferrero (1983) el conocimiento que tenía

Charcot acerca de las manifestaciones motrices a causa de lesiones sobre el sistema nervioso, le permitió eliminar la suposición de lesiones cerebrales, pues ante una parálisis de mano acompañada de una anestesia "en manguito", la topografía no correspondía a ninguna anomalía de los nervios periféricos, ni a una lesión espinal bulbar, o en las masas centrales; ni reblandecimiento, hemorragia cerebral o lesión material importante, sólo hay y una enfermedad que produzca estos accidentes: la histeria, que no es una lesión orgánica, sino dinámica. El síntoma en este caso no era explicable por la anatomofisiología nerviosa, sino por la idea subjetiva del cuerpo imaginario o simbólico. Estas parálisis se diferenciaban también de las "neurológicas" por el hecho de que, a diferencia de lo que se observaba en éstas, las pacientes no mostraban una especial preocupación por su incapacidad, presentaban más bien: la *belle indifférence* (fenómeno "conversivo", que como explicará Freud, permite una forma de solución al conflicto). El papel de la sugestión y la ausencia de toda lesión orgánica en la histeria, lo condujeron a interesarse en la hipnosis, así descubrió que los síntomas no eran provocados por alguna lesión orgánica, como se pensaba, sino por las representaciones ligadas al cuerpo, que sobrevenían en el curso de un estado psíquico en particular. Para Perez-Rincon (1998), Charcot es el que transmitirá a Freud la certeza de que los trastornos histéricos no corresponden a ningún sector anatómico determinado, sino más bien a una imagen, a una representación mental del cuerpo, sean ya órganos o miembros. En su "estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" Charcot observa que la histeria se comporta en sus parálisis, (como en otras de sus manifestaciones) como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera algún conocimiento de ella.

Las histéricas, que habían ingresado a la Salpêtrière por sus crisis "nerviosas", por su humor caprichoso e impredecible, o por sus síntomas vagos, variados e incontrolables, compartían el pabellón con las epilépticas que presentaban crisis súbitas aparatosas y aún peligrosas para su vida. Gracias al "mimetismo histérico", estas mujeres reproducían tales ataques convirtiéndose, en "histero-epilépticas". El primer paso de Charcot, fue separar a las histéricas de las epilépticas verdaderas, ¿como saberlo?, simple: "Es fácil: son las más jóvenes". En efecto, la aguda observación de Charcot le permitió descubrir que

este grupo no mostraba los estigmas ni el deterioro de la enfermedad convulsiva, además de que muchas de ellas eran atractivas. Desde los primeros momentos Charcot fue testigo de ataques histero-epilépticos, que no daban cuenta los libros, hasta que un día se dio cuenta de que siempre se trataba de lo mismo, entonces llegó a la conclusión de que se encontraba frente a una enfermedad particular: la *hysteria major*, que empieza por un ataque parecido al epiléptico, al que llamó Histero-epileptico aunque no tuviera nada en común con la epilepsia. Podemos encontrar en Ferrero (1983) y André y cols. (1999) su célebre descripción de la histeria mayor dividida en 4 famosas fases: 1) la epiléptica (subdividida en período tónico y luego en período clínico), 2) los grandes movimientos (manifestada por dos aspectos principales: las saluciones y el arco de círculo, o viceversa), 3) las actitudes pasionales (el enfermo contempla una imagen ficticia, es decir alucinaciones que varia según las circunstancias) y 4) el delirio terminal (caracterizado por llantos, sollozos, risas, etc.). Charcot advierte que habrá ocasiones en que el ataque mayor comience por la fase de los grandes movimientos, o bien, por la fase de alucinaciones o falte la fase saluciones y arco, etc., esto no importa, ya que siempre se tratará de lo mismo. Charcot creía que sus cuatro fases se cumplían en todas partes de idéntica forma siempre, por lo que generaliza lo que ve dentro del pabellón, a todos los hospitales, países, y razas. Empero muchos investigadores extranjeros daban cuenta de que “eso” no sucedía en su medio.

Entre los investigadores que no estaban convencidos, se encontraba Liébault, médico general fundador de la escuela de Nancy, que añadió a la técnica hipnótica de Braid algunos procedimientos utilizados por Faria, de modo que su método consistía en hacer que el sujeto lo mirara fijamente a los ojos, para él ordenarle dormir. Como hipnotista aceptaba la realidad de ciertos fenómenos hipnóticos, pero no los que informaban Binet y Féré de la Salpêtrière. Binet y Féré, utilizaron la hipnosis en sus experimentos en La Salpêtrière, y afirmaron que habían descubierto un fenómeno nuevo desconcertante que denominaron transferencia. Describieron que en los pacientes hipnotizados, un acto como levantar un brazo podía moverse o transferirse de un lado a otro del cuerpo mediante la acción de un imán. Este par de “experimentadores” creía que el

campo magnético producía los efectos, y sustentaban que sus resultados se demostraban con tanta confiabilidad y facilidad, como los fenómenos magnéticos del mundo físico. En diciembre de 1885, Liébault visitó La Salpêtrière y se escandalizó por lo que vio. Los pacientes en los experimentos conocían perfectamente los efectos que se esperaban y muchas de las demostraciones se realizaban en la misma paciente: "Wit" (la primera histérica reconocida en la historia). Liébault se percató de que los experimentos no estaban controlados debidamente y que se llevaban a cabo en forma descuidada, regresó a Nancy y trató muchas veces de conseguir la transferencia y polarización en sus propios pacientes, pero no siempre lo conseguía. La diferencia crucial entre sus experimentos y los de La Salpêtrière, consistía en que sus pacientes desconocían lo que se esperaba o qué tenía que ocurrir cuándo se movía el imán. Liébault estaba convencido de que la mera sugestión explicaba los resultados de Binet y Féré, también refutó la afirmación de Charcot sobre la existencia de un vínculo existente entre la histeria y la hipnosis. A algunos de los pacientes histéricos de Liébault resultaban difíciles de hipnotizar, su histeria constituía una barrera para la hipnosis, mientras que a los pacientes sanos, los hipnotizaba con facilidad. De esta manera Liébault llegó a la conclusión de que la susceptibilidad a la hipnosis guarda poca relación con la histeria.

Bernheim continuó el ejercicio fustigador de Liébault, y también viajó en 1885 a París y, como Liébault, quedó sorprendido por lo que vio en la salpêtrière. Les señaló a los investigadores una lista de errores, pero sobre todo el ignorar la influencia de la sugestión en sus experimentos. Bernheim planteó que la transferencia y la polarización no podían demostrarse en pacientes que no eran conscientes de los efectos esperados. Los investigadores de La Salpêtrière, respondieron que la falta de resultados se debía a su ineptitud general a su y falta de capacidad para hipnotizar a sus pacientes. Veinte años duraría la querrela entre Charcot y sus alumnos, contra los miembros, de esta "escuela de provincia", como la calificaron despectivamente, el golpe final a Binet y Féré ocurrió cuando los investigadores de Nancy informaron que habían logrado producir la transferencia y la polarización en pacientes que no eran histéricos por medio de la sugestión y sin utilizar imán alguno. Con estos resultados se

terminó con la tesis de que la hipnosis guardaba relación con la histeria y que sólo se podría hipnotizar a los histéricos por el simple hecho de ser histéricos. El método aplicado a la histeria por Charcot no podía menos que fracasar, simplemente porque no estaba hecho para la histeria, aunque había triunfado en el conocimiento de las enfermedades orgánicas, la dimensión anatomopatológica en la histeria no tenía efecto, ya que el cuerpo del histérico no tenía lugar donde anclar la anatomopatología. Paradójicamente se le debe a Charcot el impulso del estudio de las neurosis como entidades patológicas inexplicables en términos anatómicos. Charcot tuvo la lucidez y el valor de aceptar una revisión a fondo de su teoría sobre la histeria, y sin confesarlo, al final de su vida terminó por adherirse a la dimensión psicológica que había planteado Bernheim. Bajando el telón de la teatralidad histérica y terminando con los martes de histeria en la Salpêtrière, a la muerte Charcot en 1893 muere también su histeria, la histeria de Breuer, Freud y Janet por su parte nacerán este mismo año.

CAPÍTULO 2. LOS PRIMEROS ESTUDIOS DE FREUD SOBRE LA HISTERIA.

2.1. El encuentro Freud-Histeria.

Hablar sobre la concepción Freudiana de la histeria a finales del siglo XIX, ineludiblemente se debe también hablar del nacimiento del psicoanálisis con su inherente inconsciente, complejo de Edipo, sexualidad infantil, resistencia, transferencia, sueños, lapsus, etc. Según sabemos el psicoanálisis nació durante el periodo que se comprende entre 1892-1898, años fundamentales ya que es durante este lapso en el que Freud abandonará todos los procedimientos acostumbrados para tratar la histeria y hará uso de un procedimiento más potente y duradero, soportado por su propia técnica y teoría: la asociación libre.

La ciencia de finales del siglo XIX ya había superado algunos de los prejuicios de la antigüedad que consideraban a la histeria como afección del aparato reproductor femenino, también había dejado atrás la idea de la posesión demoníaca, tan característica de la Edad Media. Empero otras ideas se mantenían firmemente entre la comunidad médica que las trababa: la idea de que la génesis en la histeria se encontraba vinculada con la vida sexual (en particular la abstinencia).

En el capítulo anterior revisamos como el conocimiento de Charcot que tenía sobre las manifestaciones motrices de las lesiones sobre el sistema nervioso le permitió discernir que la histeria no era una lesión orgánica, sino dinámica, por lo que bajo la influencia del maestro, las histéricas del tiempo de Freud pasaban por ser simuladoras o enfermas imaginarias con malestares hipocondríacos, observando que su padecimiento nunca afectaba de manera duradera un mismo órgano. Frecuentemente se observaba también, dentro de este grupo de enfermas a mujeres jóvenes, mujeres que en el momento del ataque histérico exhibían contorsiones de carácter erótico, además de una fuerte hiperestesia en las zonas genitales.

Los médicos de esta época (como en su momento también ocurrió en la época clásica) tenían entre sus actividades excluir a los falsos enfermos de los hospitales y de sus consultas. Debido a que la histeria pasaba por simuladora exhibiendo síntomas que no correspondían a ninguna ley dentro de lo posible en la medicina, o de la patología en general, nos señala Forrester (1995) que apenas una leve diferencia distinguía a la histérica del simulador: la histérica era afectada directamente por la influencia de la mente sobre su cuerpo, mientras que el paciente simulador era el responsable de sus síntomas.

Las anestias sensoriales, contracturas, parálisis, crisis elípticas, tics, vómitos permanentes, anorexia, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales recurrentes, etc, eran la gama de síntomas que no poseían ninguna relación ni fuente orgánica, y que van a ser el foco de atención de la teoría Freudiana de la histeria. El psicoanálisis va a nacer entonces como una "psicología clínica", en respuesta a la falta de medidas terapéuticas adecuadas para el tratamiento de las afecciones neuróticas. Freud se encontrará con un saber sobre el que nada saben sus pacientes, pero que guarda estrecha relación con sus síntomas escindidos y expulsados de la consciencia, situación que le permitirá formular y señalar hacia el inconsciente.

Cuando Freud viajó a París como estudiante de neurología conoció a Charcot en la Salpêtrière, quien se encontraba en la cúspide de su fama e influencia. Freud vio las demostraciones de inducción y eliminación de síntomas histéricos mediante sugestión hipnótica, y escuchó la afirmación de Charcot de que estos síntomas tenían fundamentos orgánicos pero causas psicológicas. El primero de dos episodios más significativos de su estancia en París ocurrió en una de las fabulosas fiestas por las que Charcot también era muy conocido, allí Freud lo escuchó describir el caso de un joven matrimonio; la esposa era inválida confirmada, y el marido, impotente, Charcot afirmó categórico: "Mais, dan ces pareils, c'est toujours le chose genitale, toujours, toujours, toujours, toujours" (pero en tales casos, siempre es cuestión de sexo, siempre, siempre, siempre, siempre) (Hothersall, 2005, p. 288). El segundo episodio ocurrió dentro de la Salpêtrière, cuando oyó a Charcot decirle a Brouardel: "en el origen de la histeria hay siempre algo sexual." (Mueller, 1976, p. 380). ¿Si Charcot sabía que siempre era la "cosa sexual" porque nunca lo publicó o habló

explícitamente?. Posiblemente porque como menciona Foucault, (1978) quien usaba ese lenguaje (sexo) hasta cierto punto se colocaba fuera del poder, hacia tambalearse la ley. "Cuando tenían que evocarlo, los primeros demógrafos y los psiquiatras del siglo XIX estimaban que debían hacerse perdonar el retener la atención de sus lectores en temas tan bajos y fútiles." (Foucault, 1978, p. 13). Cabe mencionar que durante su estancia en Paris Freud hizo participe del caso Anna O. así como el método utilizado por Breuer, en contra de todo lo esperado Charcot no respondió sino con indiferencia ante aquel comentario.

Cuando Freud regreso a Viena, estableció de nuevo relaciones con el doctor Breuer para trabajar conjuntamente y producir el texto que se consideraría como la primer obra psicoanalítica: "Estudios sobre la histeria" que comprende 5 historiales, donde podemos encontrar el caso Anna O. presentado por Breuer y 4 historias presentadas por Freud, los casos de: Emmy von N., Miss Lucy R., Katharina y Elisabeth von R.. El primer caso que revisaremos es el historial de la señora Emmy von N, quien era viuda y madre de dos hijas, Emmy rápidamente entraba en estado de sonambulismo; por lo que Freud interviene aplicando el procedimiento de Breuer de exploración en estado de hipnosis: la Catarsis. La paciente hablaba trabajosamente, en voz baja, que era interrumpida en ocasiones por un balbuceo espástico que llegaba hasta el tartamudeo; mantenía entrelazados los dedos de sus manos que presentaban una agitación incesante parecida a la atetosis, además que en su rostro y los músculos del cuello eran frecuentes las contracciones a modo de tics. El "deshollinamiento psíquico" le permitió a Freud descubrir el origen de la fobia a los roedores: sus hermanos y hermanas le arrojaban a la cabeza animales muertos, la intervención de Freud sobre el síntoma se encamino a eliminar el síntoma mediante la contrasugestión. De Emmy von N., Freud aprenderá e iniciará el camino que lo llevará a la asociación libre, cuando la señora se quejó de que las contrasugestiones eran demasiado apresuradas y que interrumpían el desarrollo de sus pensamientos; además Freud se percatará con Emmy que la desaparición del síntoma o síntomas, sólo tiene duración mientras el médico se ocupa asiduamente de la paciente, razón por la cual el fin del tratamiento venía acompañado siempre de recaídas. Esta observación le

permitirá discernir el camino que llevó al levantamiento de los síntomas de Anna O.

El segundo caso que comentaremos es de Elisabeth Von R., que como veremos más adelante, es donde Freud inventa la técnica de concentración mental, donde la paciente esta recostada como en la hipnosis, pero ya no mantiene los ojos abiertos ahora “se ruega cerrar los ojos”. Freud invitó a Elisabeth a concentrarse sucesivamente en cada síntoma y a recordar todo lo que pudiera ser concerniente a su origen, este es el método de “análisis psíquico”. Si la paciente mantenía la mente vacía, Freud reiteraba la petición y presionaba la frente del paciente, es a través de este procedimiento, (que lo abandonará en 1896) que descubrirá el amor de Elisabeth por el marido de una de sus hermanas y la esperanza de casarse con él a la muerte de su hermana. El síntoma que presentaba de la contracción del muslo de la pierna derecha apareció cuando cuidaba a su padre enfermo, pero la extensión del dolor a la pierna izquierda apareció después de un estimulante paseo a solas con su cuñado durante la enfermedad de su hermana. A partir de estos descubrimientos Freud cae en cuenta de que la representación patógena en la histeria es de naturaleza “erótica”, a partir de este momento Freud se encontró en condiciones de revolucionar la concepción que “el maestro” había impuesto a la zona histerógena, ya que para Charcot era una zona dolorosa que al tocarla podría desencadenar el ataque histérico, Freud por su parte identificó a la zona histerógena con una zona “erógena” y verá en el ataque histérico un equivalente al coito, a razón de que cuando tocaba la zona dolorosa del muslo de Elisabeth los gritos que emitía parecían ser provocados por cosquillas.

Los “Estudios sobre la histeria” será la única colaboración entre Breuer y Freud. Las diferencias que terminarían por separarlos se debieron en cuanto a la interpretación de los fenómenos histéricos estudiados, ya que mientras Breuer atribuía la inconsistencia de algunos recuerdos a un estado mental particular y fortuito engendrado por condiciones como la fatiga, tareas monótonas, y otras, Freud estaba convencido de que había un móvil más profundo para su olvido y que la sexualidad desempeñaba un papel preponderante, por lo que había escuchado de la boca de Charcot. Lucien (1979) retoma las anotaciones que el

mismo Freud hace en su "Historia del movimiento psicoanalítico" donde confiesa que la idea de la que se le hacía responsable no había nacido en su cerebro, sino que le había sido comunicada por tres personas, cuya opinión contaba con todo su respeto, estas tres personas eran el mismo Breuer, Charcot y el ginecólogo Chrobak, los tres le habían comunicado un conocimiento que, en rigor, no poseían, Freud se refiere a la teoría de la etiología sexual de la neurosis, conocimiento que en rigor nadie poseía, ni siquiera la histérica, para quien no constituía un saber a transmitir, pero sí un secreto a revelar a través del misterio de sus síntomas en el encuentro con el médico.

Freud va a dar el siguiente paso para convertir el saber de lo sexual en un saber legítimo, va a configurar una teoría capaz de escribirse y transmitirse: la etiología es siempre sexual. Para Trillat (1991), la revolución que Freud va a hacer a la clínica psiquiátrica es análoga a la introducida en medicina por la apertura de cadáveres, pero sin duda más completa. Lo que se resiste a la mirada es lo que abre una nueva dimensión, es lo que crea este nuevo espacio. Los primeros artículos sobre la histeria abarcan obras importantes como: "sobre la histeria y la hipnosis", "estudios sobre la histeria", la interpretación de los sueños" y concluye con "tres ensayos para una teoría sexual". A lo largo de 19 años, Freud en sus publicaciones teje una teoría sobre la neurosis y demuestra como la psicología puede servir para dilucidar fenómenos psíquicos normales, formula una teoría de la sexualidad infantil como fundamento de su psicología y elabora su técnica terapéutica para el tratamiento de las neurosis. Levin (1985) señala que es hasta el año de 1896 que Freud concreta su primera teoría de las neurosis, clasificándola en dos categorías: a) las neurosis actuales, originadas por una vida sexual inadecuada como masturbación, coitus interruptus, etc, que traerá como consecuencia neurosis de angustia, y b) las psiconeurosis (neuropsicosis), cuyo origen se encuentra en ciertas experiencias sexuales traumáticas sufridas en la infancia, las cuales dan lugar a una neurosis histérica, en el caso de que el sujeto haya actuado pasivamente en la seducción. Cuando Freud habla de las psiconeurosis siempre insiste en señalar que las afecciones de los síntomas son el resultado de conflictos psíquicos sobrevenidos en la infancia, y que los

síntomas de la histeria van a ser consecuencia de experiencias traumáticas del pasado, concretamente de vivencias que no han tenido la debida metabolización psíquica, quedando mantenidas bajo el inconsciente y desplazando su energía a la corporalidad.

Cuando Freud concluye que los conflictos en sus pacientes se deben a problemas entre sus impulsos sexuales infantiles y sus resistencias ante la sexualidad, comienza a introducir en la anamnesis de sus pacientes preguntas sobre su vida sexual desde la pubertad, y se muestra más atento a la naturaleza de las intensas emociones que resurgían bajo hipnosis o durante la concentración mental, que generalmente consistían en sobresaltos, seguidos por una fuerte represión, acompañados de síntomas como: emociones de adolescentes de uno u otro sexo ante una escena sexual vista u oída, emociones de adultos frente a la solicitud sexual, una tentación sexual, o un fracaso sexual, etc.

Había ocasiones en que Freud preguntaba a sus pacientes sobre la primera vez que había aparecido el síntoma, y se encontraba con pacientes que no podían recordar o bien disfrazaban estos recuerdos. Freud teorizó para tratar de dilucidar cuales eran los mecanismos que impedían que el paciente pudiera recordar el origen de sus síntomas y concluyó que el yo, en un esfuerzo de defensa trata de deshacerse de la magnitud del afecto vinculado a una idea suprimida por ser intolerable, llegando a concebir el concepto de resistencia como una fuerza psíquica que coopera en la producción del síntoma, y que impide el devenir consciente de la representación patógena. Esta energía psíquica es la misma que ha contribuido a la génesis de los síntomas histéricos, impidiendo la aceptación consciente de la represión patógena. El principal motivo de la represión (que tiene una naturaleza penosa), es evitar despertar efectos displacenteros como vergüenza, remordimiento, dolor psíquico, sentimiento de indignidad, etc. Su función es evitar hacer consciente un determinado afecto, en otras palabras, lo que todos preferimos eludir y olvidar lo antes posible. Esta noción posteriormente se conocerá como la *defensa*. Para Freud el propósito de la defensa es sacar fuera de la consciencia la representación inconciliable, la defensa es en última instancia una defensa contra los afectos. La acción defensiva del yo es la represión que alcanza su

propósito cuando las escenas sexuales infantiles son expulsadas eficientemente de la consciencia, es decir cuando estas representaciones inconciliables están presentes en escenas sexuales infantiles, y se mantienen como recuerdos inconscientes. El traumatismo o mejor dicho el "el conflicto de defensa", esta inmiscuido en el origen de la histeria, además de que las dimensiones que son ciertas en la histeria (represión, reminiscencia, angustia, dificultades en la descarga, el choque sexual, etc.) deben serlo también, con adecuadas trasposiciones en las demás enfermedades nerviosas.

De todas las neurosis, la histeria esta tan enmascarada a tal punto, de que casi nunca se presenta asilada. Nos señala Anzieu (1998), que la mayoría de las veces ésta neurosis aparece como una "miscelánea", y es que los cuadros clínicos nunca son otra cosa que mezclas de neurosis en proporción a la mezcla de factores etiológicos. No se puede estudiar la histeria separándola de las otras neurosis sexuales, pues no es más que uno de los aspectos de las neurosis.

La histeria tal como se le conocía hacia 1890-1900 cuando Freud investigó sus mecanismos, resultaría hoy rara. Con frecuencia se destacó que los histéricos eran capaces de mirar sus síntomas, conversivos con desapasionamiento e incluso con su *belle indifférence*, como se llamaba en los días de la psiquiatría descriptiva, este término ya casi no se menciona, posiblemente porque los síntomas dramáticos de la conversión han dejado de verse frecuentemente. Hoy la histeria de conversión es menos frecuente que hace un siglo, los síntomas son ahora menos espectaculares y más difusos. En la época de Freud sin duda la conversión era la representación característica dominante de la histeria. De las explicaciones existentes sobre porque la histeria era tan frecuente en los años 80's y por qué menguó después de 1900. En Levin (1985) podemos encontrar la hipótesis que sostiene Ellenberg sobre esta situación, el propone que el estilo de vida del estrato social alto de alguna manera pudo haber propiciado casos de histeria, ya que posiblemente la histeria concordaba con el modo de vida teatral y amanerada de aquel periodo. Cabe mencionar que también las grandes transformaciones habidas en nuestras costumbres sexuales la han alterado en los aspectos superficiales, y aunque las características externas de la organización histérica resulten menos

evidentes, la estructura de la histeria es fundamentalmente la misma. La sintomatología hoy ha evolucionado hacia el lamento depresivo y hacia males psicósomáticos más vagos y menos determinados de lo que lo estaban antes, empero, lo que se mantiene vigente, como asegura André y cols. (1999) es que sólo el estudio de los mecanismos psíquicos podrá aclararnos el sufrimiento corporal más difuso de la histeria contemporánea.

Pese a todo esto la revolución Freudiana que perdura hasta hoy señala, que los síntomas histéricos no pueden ser considerados como un conjunto de síntomas particulares, sino que en ellos se reconoce una estructura que trabaja conjuntamente con una lógica bien estructurada y delimitada.

Como ya lo acabamos de mencionar, cuadros conversivos resultarían el día de hoy más que raros, insólitos, además de que se especularía de igual forma como se hizo ya en épocas pasadas sobre su origen. No podemos cerrar el tema sin pasar por alto el caso de las jóvenes internas de Villa de las Niñas, en el estado de Chalco, Edo. de Méx., donde aproximadamente unas 600 chicas de entre 13 y 19 años padecieron síntomas que les provocaban mareos, náuseas, fiebre, vómito y mialgias (dolor muscular) impidiéndoles sostenerse en sus piernas o caminar. Médicos y psiquiatras diagnosticaron a estos padecimientos como “histeria colectiva, histeria de masas, trastorno conversivo epidémico o crisis conversiva”, dejando a un lado la mascarada y el deseo, particularidades que bajo la perspectiva Lacaniana quedan descubiertas y que revisaremos en el último capítulo.

El caso ejemplifica como eran contempladas las histéricas en el tiempo de Freud: los estudios no arrojaron ningún dato relevante sobre las enfermedades que se sospechaban, (brucelosis, leptospirosis, rickettsiosis) los especializados estudios no revelaron presencia de algún virus o bacteria que pudiera ser el agente causante de la enfermedad. Asombrosamente durante su hospitalización las jóvenes evolucionaron rápido y satisfactoriamente, pero a su regreso al internado volvieron a enfermar. Me parece, es esta la pictografía de la simuladora, la que Freud conoció y que le llevo a descifrar lo que su cuerpo (en síntoma) quería decir.

2.2. La conversión histérica.

El elemento que permitió considerar a la histeria como una enfermedad psíquica, se debió al esclarecimiento de la relación que guardaba la histeria con los afectos, ya que al considerar a los síntomas corporales como conversiones de afectos, o más bien como "restos" o cargas de afecto, se accedió al descubrimiento que facilitaría la formulación de una teoría psicológica de la histeria. Frecuente era que cuando se trataba cualquier histérica se descubría que una parte considerable de esta carga de afecto se trasmutaban en un síntoma puramente orgánico. Para André y cols. (1999) esta transmutación, (rasgo tan característico de la histeria), fue el aspecto que durante mucho tiempo estorbó para que fuera considerada como un padecimiento psíquico.

La histeria de conversión es el tema clásico del psicoanálisis y se manifiesta bajo la forma de síntomas somáticos (contracciones musculares, dificultades para caminar, parálisis de los miembros, parálisis faciales), trastornos en la sensibilidad (dolores locales, migraña, anestesia de alguna región del cuerpo) y trastornos sensoriales (ceguera sordera, afonía); también podemos encontrar insomnio, desvanecimientos leves, alteraciones de la consciencia y de la memoria, todas, manifestaciones correspondientes a un proceso de simbolización, de una significación por una afección psíquica reflejada en el cuerpo, y que no muestran algún tipo de lesiones orgánicas. Hasta ahora hemos estado hablando del síntoma, pero ¿qué es el síntoma?, Freud (1991) en su 23ª conferencia "los caminos de la formación de síntoma" responde de manera magistral y esclarecedora, nos dice que son actos perjudiciales, inútiles para la vida del paciente. Los síntomas para Freud crean un sustituto para la satisfacción frustrada, donde frecuentemente la persona se queja de que los realiza contra su voluntad debido a que le producen sufrimiento o displacer, sin dejar de mencionar el gasto anímico que le cuestan y su reiterada búsqueda para eliminarlos.

El que un trauma psíquico se nos presente como histeria de conversión, depende de la "suma de excitación", es decir, que el afecto que acompaña al

trauma, sea transpuesto, sea "convertido" en síntomas somáticos. Levin (1985) apunta que la histeria de conversión sobreviene cuando el paciente "transforma" esta suma de excitación, a inervación somática, esto es, que si los afectos no logran descargarse en forma motriz, ya sea directamente (gritos, sollozos, gesticulaciones), o bien por transferencia a otros actos (rotura de un objeto, agitación sin propósito), se producirá entonces un "cortocircuito". Para Freud, la razón de que se de este cortocircuito es que el sujeto pone en acción una defensa que rechaza fuera de la conciencia tal afecto, afecto que en la histeria se encuentra estrangulado, retenido e impedido para acceder a la conciencia.

La histeria de conversión es considerada como una neurosis, bien diferenciada claramente de otras, por su "retención" de afecto, por su *belle indifférence* y por que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal. Los síndromes de conversión tienen un carácter único para cada individuo, cuyo origen es develado por el análisis, donde estos han sido determinados históricamente en cada caso por experiencias del individuo y que pertenecen a su pasado. La región somática afectada en la conversión, corresponde a aquella parte del cuerpo que fue alcanzada en el trauma. Nasio (1997) nos explica que en la conversión la carga energética abandona la imagen inconsciente para "energetizar" el órgano cuyo reflejo es aquella parte del cuerpo. La zona donde síntoma conversivo se manifestará se explica esquemáticamente por la secuencia siguiente: parte del cuerpo percibida en la escena del trauma (por ejemplo el brazo) —→ imagen inconsciente del brazo —→ parálisis conversiva del brazo. Aunque la zona corporal percibida en la escena en ocasiones puede pertenecer al niño seducido, al adulto seductor o bien, a un testigo de la escena.

La conversión es definida desde un punto de vista económico como, la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático, puede decirse que la sobrecarga de la representación intolerable conserva el exceso de energía y resurge transformada en sufrimiento corporal, ya sea en forma de hipersensibilidad dolorosa o bien en forma de inhibición sensorial o motriz. Debido a que en el

traspaso de lo psíquico a lo físico el exceso de energía permanece de manera desmedida, es válido decir que el sufrimiento de un síntoma somático es una energía equivalente a la de la excitación del trauma inicial, y que por lo tanto vómitos, afonías, parálisis, entre otros síntomas conversivos, son entonces equivalentes a masturbaciones infantiles.

Para Freud “la histérica sufre sobre todo de reminiscencias”, y es que en la histeria los síntomas remiten a recuerdos directos, desplazados o parciales inconscientes, cargados de una fuerte carga afectiva (traumatismo psíquico) que actúa no solamente como “agente provocador”, sino como verdaderas causas patógenas. Para Bercherine (1988) en la histeria las representaciones que han llegado a ser patógenas se mantienen siempre actuales e investidas afectivamente porque el debilitamiento normal en ellas, no se logra, y que no es sino hasta la pubertad que el recuerdo desplegará la potencia que faltó en el momento del acto y actuará como si fuera un acontecimiento actual, en otras palabras, tenemos que el recuerdo “despertará” y trabajará como vigente, manteniéndose en todo ese tiempo bajo la sombra del inconsciente.

La vivencia sexual prematura produce efectos traumáticos, pero no los produce en el momento en que ocurre, sino a posteriori, como una vivencia fresca, pero inconsciente. Es un recuerdo que produce con efecto retroactivo, un desprendimiento de displacer más intenso que el que tuvo la vivencia correspondiente en su momento. Al respecto Consentido (1999) apunta que cuando en la adolescencia emerge el recuerdo de aquella vivencia sexual traumática, se invierte el efecto: es más intenso el efecto displacentero que produce el recuerdo (ahora), que el que pudo haberle correspondido en su turno a esta vivencia inicial. En las histéricas esos recuerdos nunca son conscientes, ya que se cura a las histéricas precisamente, haciendo conscientes sus recuerdos inconscientes de las escenas sexuales infantiles. Estas escenas tienen que estar presentes como recuerdos inconscientes; ya que a razón de que sólo en la medida que sean inconscientes, podrán producir y sustentar síntomas histéricos, pues los síntomas histéricos no son más que retoños de unos recuerdos de eficiencia inconsciente.

La aguda observación de Freud lo llevó al descubrimiento de que “ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que siempre el

recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa coopera en el origen del síntoma”. Y remata: “no importa el caso o el síntoma del cual se haya partido, infaliblemente se terminará por arribar al ámbito de lo sexual. Así por primera vez será descubierta la condición etiológica de los síntomas histéricos, Charcot y Breuer estaban lejos de una premisa así” (Freud, 1975, p. 198-199). Este descubrimiento es radical e irreverente para su época, pero confirmado y sostenido por la práctica clínica.

2.3. Nosología psiquiátrica.

Bercherine (1988) nos señala que en la primera propuesta teórica y conceptual desarrollada por Freud para explicar la histeria, supone que la neurosis histérica es provocada por una idea parásita no consciente y fuertemente cargada de afecto. Esta idea parasita generadora del síntoma histérico se nutre de la idea de un contenido fundamentalmente sexual, originado por el acontecimiento de una experiencia de abuso sexual practicado por un adulto antes de la pubertad, ésta sería entonces la etiología específica de la histeria. La histeria en este momento, para Freud se explica por la acción posterior del traumatismo sexual infantil, donde la violencia de este episodio (trauma) ha quedado no en la consciencia, sino que reside en el inconsciente. La histeria es entonces consecuencia de un susto sexual presexual, ésta primera idea llegaría a conocerse como: *la teoría de la seducción*.

Trauma (en este momento de teorización) quiere decir demasiado afecto inconsciente en ausencia de la angustia necesaria que hubiera podido permitirle al yo del niño amortiguar y soportar la violencia del episodio. Tenemos entonces que el exceso de tensión que se produce en el niño, no puede descargarse en una llamada de auxilio o en una acción de huida, debido a que la angustia necesaria faltó. El trauma que el niño sufre no es la agresión, sino la huella psíquica que permanece de la agresión, esta imagen se mantiene altamente investida de afecto y aislada, además de ser la fuente de la sintomatología histérica.

Para Freud la histeria es a su vez también el resultado de la ineffectividad con la que el yo pretende neutralizar la idea parasita, que es la representación sexual intolerable. Cuanto más ataca el yo a la representación, más la aísla, este acto defensivo del yo es la "represión" y mientras ésta representación penosa permanezca apartada (reprimida) el yo conservará en sí un traumatismo psíquico interno y larvado. De esta forma tenemos que la histérica, como señala Nasio (1997) es un sujeto atrapado por un lado entre el conflicto de una representación sobrecargada e intolerable, que busca liberar el exceso de energía y que por el otro, trata de defenderse aplicando una mala defensa (represión), y que mientras más aísla esta idea patógena, más peligrosa la torna.

En un año Freud modificó sus afirmaciones y en una carta a Fliess comunica el derrumbe de la teoría de la seducción: "ya no creo más en mi 'neurótica'. Las continuas desilusiones en los intentos de llevar mi análisis a su consumación efectiva,... Después, la sorpresa de que en todos los casos el padre hubiera de ser inculcado como perverso, cuando es poco probable que la perversión contra niños esté difundida hasta ese punto. En tercer lugar, la intelección cierta de 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. (Según esto, quedaría una solución: la fantasía sexual se adueña casi siempre del tema de los padres)" (Freud, 1992b, p. 301).

Posteriormente Freud va a "abandonar" la teoría de la seducción por la teoría del complejo de Edipo: "En el periodo en que el interés principal se encaminó al descubrimiento de traumas infantiles, casi todas mis pacientes me contaron que sus padres las habían seducido. Me vi obligado a reconocer al final que esos informes eran falsos y entonces entendí que los síntomas histéricos se derivan de fantasías y no de hechos reales. No fue sino después que pude reconocer en esa fantasía la expresión del complejo de Edipo característico de las mujeres" (Freud, 1933, p. 120, Citado en Hothersall, 2005, p. 294). Así la fantasía pasó a ocupar el terreno que era propiedad de los eventos traumáticos y las presuntas historias de seducción fueron interpretadas como una realización de deseos prohibidos en el terreno de lo imaginario, fenómeno que aparecía en el contenido del sueño de los adultos, donde emergían de modo

deformado, pues “a menudo un sueño sustituye a un ataque, y con frecuencia todavía mayor lo ilustra, pues idéntica fantasía alcanza una expresión diversa en el sueño y en el ataque” (Freud, 1996, p. 207).

El complejo de Edipo es considerado como la situación donde se dirige el amor hacia el progenitor del sexo opuesto y deseos de muerte dirigidos contra el progenitor del mismo sexo. La genitalidad de los niños puede ser despertada prematuramente por factores externos y encontrarse más allá de la capacidad del niño para controlarla, esto crea estados traumáticos que vinculan la genitalidad y la amenaza. De esta manera toda amenaza declarada o subjetiva adquiere una tremenda fuerza, incluyendo la vista repentina de genitales adultos. Fenichel (2003) nos dice que en el complejo de Edipo, es de suma importancia todo lo que el niño haya aprendido o piense acerca de la vida sexual de los padres, así cuando el niño es espectador de la escena primaria (primera observación del niño de la escena sexual entre adultos) origina a la vez un alto grado de excitación sexual y la impresión de que la sexualidad es peligrosa, dejando una impresión “traumáticamente dolorosa”. Respecto al despertar de la sexualidad infantil Freud aclara que la madre en el cumplimiento de los cuidados corporales, provocó y quizá incluso despertó por primera vez sensaciones de placer en el órgano genital, por lo que el despertar del niño a la seducción a instancias de la madre es ineludible y no es originada más que de forma circunstancial.

Aprovechemos que todavía nos ocupa el tema de Edipo y cerrémoslo tratando de responder por qué es más frecuente la histeria en la mujer. Cuando Freud afirma que el complejo de Edipo es el complejo nodular de las neurosis, y en especial de la histeria, lo dice porque ésta se mantiene en un nivel fálico del desarrollo sexual. El hecho de que la histeria aparezca con más frecuencia en la mujer que en el hombre, se debe a que el desarrollo sexual de la mujer es más complicado, el proceso que conduce a renunciar al clítoris a cambio de la vagina puede quedar inconcluso. Además no es solamente el complejo de Edipo y el tipo de identificaciones (que veremos más adelante) los que se mantienen inseparables del cuadro histérico, pues a menudo ocurre que los hijos quedan excesivamente fijados a sus padres, y entonces es frecuente

encontrarse con el conocido “hijo de mama”, así como el tipo de mujer que parece no necesitar del hombre, pero que siente una admiración ilimitada hacia su padre.

La última modificación que introdujo Freud y que aún mantiene su vigencia la hizo en 1900, cuando afirmó que en el origen de la histeria se encontraba un fantasma inconsciente, no una representación y que lo que se convertía era la angustia fantasmática, no la sobrecarga de la representación. El trauma en esta modificación ya no se refiere a la idea de un acontecimiento exterior, ahora designa un acontecimiento psíquico cargado de afecto, un microtrauma local, centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática que el psicoanálisis ha llamado *Fantasma*. El elemento que llevó a Freud a concebir el fantasma fue el descubrimiento de que la sexualidad infantil siempre se encuentra exorbitante y extrema, por lo que la sexualidades el niño (siempre desmesurada en relación con los recursos que el niño tiene), siempre se encontrará demasiado intensa para su yo. La sexualidad infantil es traumática y patógena, siendo entonces por si misma el origen de futuros síntomas, debido a que se encuentra excesiva y desbordada. La primera teoría de la sobre la etiología de la histeria consistía en el abuso de un adulto sobre un niño pasivo, ahora es el propio cuerpo del niño que produce el acontecimiento psíquico, debido a que el cuerpo es el foco de una sexualidad rebotante, es el asiento del deseo, un deseo que entraña la idea de que algún día podría realizarse en la satisfacción de un goce ilimitado y absoluto. En la nueva teoría el fantasma esta sepultado bajo el inconsciente y sometido a la represión como a la representación intolerable de la primera teoría, también portador de un exceso insoportable de afecto (angustia), angustia que al romper la acción defensiva de la represión, encontrará su forma final en el cuerpo. Freud al situar al fantasma en el origen de la histeria, el psicoanalista ya no buscará detrás del síntoma el episodio traumático, sino el traumatismo de un fantasma angustiante.

2.4. Actualización del método.

Freud estableció un consultorio médico privado en 1886, en donde se autodefinía como “especialista en enfermedades nerviosas”, empleando tratamientos tradicionales como baños, masajes, electroterapia, hidroterapia, curas de descanso y de reposo; además de tratamientos morales como los desarrollados por Pinel, Esquirol y Reil, para los alienados de principios de siglo XIX. Pero tiempo después llega a la conclusión de que estos procedimientos no son eficaces, por lo que recurre al hipnotismo y viaja a Francia para estudiar las técnicas de Liébault y Bernheim en la Escuela de Nancy, (diciembre de 1887). En Nancy, Bernheim le transmitirá a Freud otro conocimiento fundamental, tal como el maestro Charcot lo había hecho en su momento: los histéricos *saben* en cierto sentido a su pesar los acontecimientos que remiten a la causa de su enfermedad, la sugestión y la hipnosis no son más que medios para estimular ese recuerdo. Bernheim además le confesará los límites terapéuticos de la sugestión: jamás había obtenido sus grandes éxitos terapéuticos haciendo uso de la sugestión con los enfermos que atendía en su práctica privada, únicamente con los enfermos del hospital.

Una vez dominada la sugestión hipnótica, confirma las limitaciones inherentes del método y aún otras más: no todos sus pacientes podían entrar en un profundo trance, o se mostraban renuentes a ser hipnotizados; el problema de la dependencia respecto al médico hipnotizador; la reaparición de los síntomas y por último, el desgaste que provocaba el método tanto en el paciente como en el médico. Freud trata de eliminar esta lista de desventajas y en un primer momento acompaña la sugestión hipnótica con una leve descarga galvánica, para posteriormente aplicarla conjuntamente con la variedad de tratamientos físicos y morales que venía utilizando para tratar la histeria. Es hasta el caso "Emmy Von N" que Freud comienza a desarrollar un boceto del método hipnocatártico (mayo de 1889). Con esta paciente continúa empleando los tratamientos físicos y morales tradicionales, acompañados de la sugestión hipnótica. Freud utiliza la sugestión hipnótica en busca de dos objetivos: a) para suprimir lo patógeno: eliminando y debilitando recuerdos y b) para

introducir ideas contrarias a las patógenas: imponiendo ideas que contrarresten a éstas, en ordenes post-hipnóticas.

En esta etapa de desarrollo del “método”, (que dará origen al método psicoanalítico), Freud no se mostró interesado en comprender la función que tiene el síntoma del paciente, sino hasta que se encuentra con el discurso producido por los efectos del método hipnocatártico. Freud comenzó a utilizar el método hipnocatártico en forma simultánea con el método de sugestión hipnótica, empero, las dificultades que conllevaba el método hipnótico las heredó el método hipnocatártico. Debido a esta situación Freud se da a la tarea de construir un nuevo método que solventara estas dificultades. El periodo de 1892 a 1898 se ubica como nacimiento de la tercera revolución, la revolución Freudiana. Este periodo es fundamental debido a que durante estas fechas, Freud va abandonar definitivamente tratamientos físicos y morales tradicionales y con ellos la hipnosis; iniciando así, un nuevo camino que lo conducirá a la elaboración de la teoría y técnica del psicoanálisis. Cabe resaltar un elemento importante que nos hace Perrés (2000), donde nos dice que los historiadores así como el mismo Freud reconocen que no se puede hablar estrictamente de psicoanálisis, hasta la introducción metodológica / técnica de la asociación libre, dispositivo que modificará radicalmente la manera de hacerse la práctica clínica, así como la conceptualización teórica que sustenta la técnica psicoanalítica. Tenemos entonces que en el momento en que nace el psicoanálisis este se desprende de su prehistoria, ubicada en la última parte del método catártico, veamos entonces como se origina la historia.

Freud atendió el caso Elisabeth Von R., quien sufría de dolores mal definidos en la cara anterior de los muslos, donde su piel era hiperalgésica. Su síntoma más asombroso era el hábito que tenía de interrumpir periódicamente una conversación para estirar las manos delante de su rostro, que se contraía con horror y repugnancia. Decía: “No se muevan, no digan nada, no me toquen”. En el caso de Elisabeth coinciden el nacimiento del psicoanálisis como práctica clínica y la renovación de la concepción que la histeria tenía de la psiquiatría de la época. Freud tomará distancia de la hipnosis y se perfilará hacia lo que posteriormente será el método psicoanalítico. Freud experimenta a sobre sus

pacientes en total estado de vigilia, recostados sobre el diván, cuestionándolos si recordaban sobre la ocasión de su primer síntoma, algunos pacientes tenían recuerdos borrosos, mientras que otros simplemente no sabían, Freud que sabía sobre los efectos de la sugestión procedía de esta manera: “usted tiene que recordarlo”, al mismo tiempo les hacía cerrar los ojos (para tener mayor concentración), y mientras presionaba con su mano la frente del paciente, les decía que durante, o al terminar la presión surgirán los recuerdos. Freud usó el recurso de hacer presión con sus manos sobre la frente Elisabeth, y mientras ella estaba tendida, Freud la coaccionaba para que evocara situaciones y circunstancias relacionadas con los síntomas que la aquejaban así como situaciones traumáticas relacionadas con los síntomas. Elisabeth Von R., le va a dar la oportunidad a Freud de descubrir la llamada libre ocurrencia. Algunas de las ideas claves para la comprensión dinámica de los síntomas eran conseguidas después de mucha insistencia y presión sobre su frente. La insistencia verbal de Freud vio el fin de sus días como señala Dupont (1989) justo cuando él había logrado la última pieza de su rompecabezas Elisabeth le dijo: “me hubiera dicho que esto era lo que quería saber, yo ya lo había pensado varias veces, pero usted me interrumpía con su presión y sus palabras”. (Dupont, 1989, p. 16). Pero es hasta el caso “El hombre de las ratas”, donde Freud va a enunciar la regla analítica.

La innovación capital desde el punto de vista técnico, consistió en sustraer al terapeuta del campo visual de la histérica para que ésta se hiciera oír y para que no encontrara más, en el espectador, la mirada que encamara su propio deseo, obligándola a reencontrar en su propia palabra su división interna y su propia mirada. Mediante este procedimiento va a darse el nacimiento del método psicoanalítico: la cura por la palabra.

Elisabeth es una paciente fundamental, ella es la primer paciente con la que Freud utiliza el método catártico sin hipnosis. Freud se da cuenta de que sólo aplicando el método catártico va a poder acceder a los elementos que determinan los síntomas histéricos y más aún “curar” a estos de sus padecimientos. Freud por primera vez a dejar de “ver”, para aprender a escuchar un discurso del que nada se sabe, un discurso proveniente del inconsciente, colapsando de esta manera esquemas médicos y científicos. Del

método catártico de Breuer, Freud hábilmente lo perfecciona y lo desarrolla hasta alcanzar la forma de método psicoanalítico o método de asociación libre. El método psicoanalítico es el único que posibilita y fundamenta la situación psicoanalítica, manteniendo hasta el día de hoy su vigencia. El psicoanálisis no nació entonces de modificaciones a los métodos que se empleaban comúnmente para aliviar la histeria, el psicoanálisis es el resultado de la conjunción de la teoría, técnica y autoanálisis de Freud, siendo este último elemento el verdadero eje estructurante del psicoanálisis.

Retrocedamos algunos años, precisamente a septiembre de 1882, cuando Breuer le comunica a Freud algunas observaciones sorprendentes e inesperadas que obtuvo de una curación hasta cierto punto inédita: la curación de una joven histérica a la que había tratado por dos años y que le había llevado a descubrir el *método catártico*. La historia clínica se refería a la paciente Anna O. (Bertha Pappenheim), una joven de 21 años, que poco tiempo atrás había perdido a su padre. Anna presentaba un conjunto de síntomas: parálisis de tres extremidades, contracturas musculares y parestesias, anorexia, accesos de cólera, dificultades en la visión (estrabismo) y en el habla (mutismo, agramatismo), entre otros. Además de presentar una doble personalidad, comportándose algunas veces como una persona amable y comprensiva y otras como una criatura malvada; había olvidado el alemán su lengua natal, por lo que sólo se comunicaba en inglés. Experimentaba también como señala Dupont (1989) dificultades para ingerir alimentos, junto con un tipo de tos nerviosa. Tenía periodos de sonambulismo alternado con periodos de regreso a la normalidad, durante todas las tardes caía en un estado de somnolencia y al anochecer en un estado de autohipnosis (estados hipnoides espontáneos) que se transformaba en un sueño profundo al que llamaba "nubes".

Breuer la visitaba en el hospital hasta dos veces diarias, adquiriendo el hábito de terminar su jornada junto a ella. Breuer descubrió que si Anna, bajo hipnosis era capaz de relatar las fantasías, incidentes desagradables, alucinaciones, espantos, etc. que había tenido durante el día se sentía calmada y feliz. Según este procedimiento terapéutico, la sola verbalización del conflicto y de las

situaciones vinculadas con la aparición de los síntomas era eficaz, por lo menos para que los síntomas desaparecieran temporalmente. Un día Anna le narró con mucha precisión y emoción las circunstancias de la primera aparición de su síntoma (hidrofobia): su dama de compañía, había dado a su perro un vaso de agua delante de ella y Anna se sintió asqueada; el relato acompañado de la emoción provocó la desaparición completa del síntoma. Según Levin (1985) Anna fue consciente de la eficacia del proceso y lo denominó talking cure (cura por la palabra) o chimney sleeping (deshollinamiento), Breuer por su parte lo llamó catarsis y lo aplicó a otros de sus síntomas consiguiendo progresos considerables. Volver conscientes a los pacientes del origen de sus síntomas y que sus ideas patógenas se asociaran con las ideas de conciencia en vigilia es un aspecto de la catarsis, pero esto no bastaba para efectuar la cura. Según Breuer y Freud para que el síntoma se resuelva también es necesario experimentar de nuevo la tensión emocional original que había acompañado al acontecimiento patógeno. Breuer señaló que mientras Anna narraba las primeras apariciones de un síntoma, éste empeoraba, y cuando contaba las primeras apariciones del síntoma, la tensión emocional original solía acompañar al relato; además de que la catarsis no tenía resultados, si estos estados afectivos (el empeoramiento del síntoma y la tensión) no acompañaban el procedimiento, llegando así a la conclusión de que “el recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia”. La misma Anna hablaba de la catarsis como una pérdida de energía.

En sus “estudios sobre la histeria” Freud y Breuer descubren “que los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto. Un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz; el curso del proceso psíquico originario tiene que ser repetido con la mayor viveza posible, puesto en status nascendi y luego `declarado´. Cuando los fenómenos respectivos son de estimulación, como convulsiones, neuralgias, alucinaciones, ellos afloran una vez más con intensidad total y luego desaparecen para siempre. Deficiencias funcionales,

parálisis y anestias, desaparecen de igual modo". (Breuer-Freud, 1996, p. 32). Ahora sabemos que el método catártico funciona porque anula la eficacia de la representación no descargada por reacción (es decir, que no provocó una respuesta suficiente) en un principio; en otras palabras la catarsis da salida por medio de la expresión verbal al afecto concomitante que había quedado estancado. Sin duda alguna a un profano le resultará difícil creer como los trastornos patológicos del cuerpo y del alma pueden ser eliminados por meras palabras, y tenga la impresión de que se le pide que crea en magia edulcorada.

La histeria impone un modelo intraconflictivo de la vida psíquica, introduce una doble problemática de la represión, por una parte como mecanismo de defensa específico: el enemigo (representación sexual inconciliable) es reprimido hacia el exterior (fuera de la consciencia), aunque nunca reprimido definitivamente; y por otra, la represión se revela también, no como mecanismo de defensa particular sino como "gesto" que instituye el inconsciente. La histeria es paradigmática de la constitución de la psique, es decir, de la preponderancia de los hechos inconscientes sobre la vida consciente. Pero, ¿cómo curar a la histérica, como curarla de un mal del que todo el mundo está afectado en mayor o menor medida?, la idea de erradicar completamente el inconsciente muy pronto aparecerá en Freud una ilusión, y sólo quedará transformar a la miseria histérica en una mera "desgracia banal". Esta idea aparentemente sencilla, consiste en aceptar la parte irreductible de lo trágico en el corazón de la experiencia humana.

Retomemos de nueva cuenta el caso Anna O. Una vez que había cristalizado el vínculo entre Breuer y Anna, el médico se dio cuenta del propio y profundo interés por su paciente, y también del indudable enamoramiento (transferencial) de la paciente hacia su terapeuta. El caso lo había absorbido de tal manera que su esposa se aburría de no oírle hablar más que de ello, situación que su mujer sin confesárselo le provocó celos, ante esta situación Breuer decidió concluir el tratamiento y anunciarle su decisión a Anna O., cuyo estado había mejorado notablemente. En la tarde de ese mismo día Breuer fue llamado para atender a su expaciente, que estaba sufriendo síntomas nuevos y otros de antaño. Entre los nuevos se encontraba una pseudosíntesis, y encontró a Anna con calambres

abdominales graves en el parto imaginario de su hijo. Breuer no podía saberlo, pero su paciente lo veía, del mismo modo que todos los futuros pacientes analíticos verían a sus terapeutas: como padre, amante, confesor, amigo, rival, villano y héroe, al evocar emociones de estas percepciones cambiantes del terapeuta a partir de relaciones anteriores con personas importantes en su vida. Freud definió posteriormente este proceso de proyección de emociones e imágenes en el terapeuta a partir de relaciones pasadas como transferencia, y la respuesta del terapeuta como contratransferencia. Anna O. había transferido los sentimientos que sentía por su padre a Breuer, y él a su vez había contratransferido su amor hacia ella. El caso Anna O. afectó notablemente a Breuer, para tranquilizarlo Freud le comentó la ocasión en que al terminar una sesión hipnótica la paciente le rodeó con sus brazos su cuello, además de adelantarle teoría pura: la histérica sufre de represión sexual.

Freud reconocía la importancia de la catarsis, pero percibía mucho mayor peso de la relación entre paciente y terapeuta, pues hasta los mejores resultados quedaban de pronto borrados cuando se enturbiaba la relación con el paciente, y se restablecían cuando la relación mejoraba entre ambos, además indicó que el vínculo afectivo personal es más poderoso que cualquier trabajo catártico, empero, que este factor no puede ser gobernado. Freud (1988) nos advierte sobre la transferencia en “esquema del psicoanálisis”, nos dice que el paciente ve al médico como una copia (una reencarnación) de alguna persona importante de su infancia, al que transfiere sentimientos y reacciones que seguramente correspondieron a aquel modelo. La transferencia tiene una insospechada relevancia, ya que a la vez resulta un recurso de incalculable valor, pero a su vez es fuente de grandes peligros. Este fenómeno es ambivalente y comprende actitudes tanto positivas (convirtiéndose en el motor de la colaboración, donde el débil yo se fortalece) como negativas (hostilidad frente al analista, donde lo puede imaginar como enemigo y propiciar que abandone el análisis). Continuando con la transferencia en el texto “Sobre la dinámica de la transferencia”, responde con maestría el porque el paciente ve al médico como otra persona: “Es en este campo donde debe obtenerse la victoria cuya expresión será sanar duraderamente de la neurosis. Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las

mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in efigie*." (Freud, 2004, p. 105).

En el caso Dora Freud se enfrenta por primera vez a la transferencia, percatándose que este fenómeno conlleva las mayores resistencias, debido a que implica una reedición frente al psicoanalista de los conflictos infantiles centrales, repeticiones inconscientes que evitan su recuperación para la consciencia.

2.4.1. Dora.

Dora era una floreciente muchacha que causaba a sus padres serios cuidados. Los signos principales de su enfermedad eran una desazón y una alteración del carácter. Era evidente que no estaba satisfecha consigo misma ni con los suyos, enfrentaba hostilmente a su padre y no se entendía con su madre, quien a toda costa quería atraerla a las tareas domésticas. Buscaba evitar el trato social; cuando el cansancio y la dispersión mental de que se quejaba se lo permitían, acudía a conferencias para damas y cultivaba estudios más serios. Un día los padres se horrorizaron al hallar una carta en la que se despedía de ellos porque ya no podía soportar más la vida.

Dora de 18 años, había sido convencida para que consultara a Freud el conjunto de síntomas histéricos y fóbicos que presentaba. La primera impresión de Freud fue que Dora estaba atrapada en un fuerte complejo edípico, desvalorizando a su madre enferma y depresiva. El padre de Dora (impotente) por su parte, mantenía una relación con la "Sra. K", la mujer de un amigo: El "Sr. K", este a su vez corteja a Dora, la cual se interesa a su vez por la Sra. K a quien toma como modelo. Dora llega a imaginarse que el Sr. K y su padre han hecho un pacto, en el que su padre la ha cambiado por sostener una relación con la Sra. K.

Para empezar diremos que en la identificación histérica, el yo se apropia de las cualidades psíquicas del objeto. La identificación histérica se caracteriza por una extrema labilidad, por la coexistencia de varias identificaciones contradictorias, así como por la manera de tomar prestados rasgos parciales del objeto. Es válido decir que la identificación histérica fracasa al introyectar útilmente cualidades del objeto que son incompatibles. Dora presenta la identificación múltiple y corresponde a un conflicto edípico no resuelto. De la identificación en Dora como apunta André y cols. (1999) obtenemos un complicado entrelazamiento de identificaciones: con su catarro crónico marca la identificación con el dolor de su madre; la tos nerviosa tomada de su padre significa su apego a él (en la identificación histérica, la construcción de la identidad es inseparable del deseo objetal), pero combatido con autocastigo (estar enferma), además de identificarse con el señor K, y la señora K. Freud (1992a) nos dice que la tos que presentaba Dora era sin duda surgida originariamente de un ínfimo catarro real, pero que era además una imitación de su padre aquejado de una afección pulmonar, pero que a la vez también proclama al mundo, por así decir, algo que quizás a ella todavía no le había devenido conscientemente: "soy la hija de papá. Tengo un catarro como él. El me ha enfermado, como enfermó a mi mamá. De él tengo las malas pasiones que se expían por la enfermedad" (Freud, 1992a, p. 72). Y es que su padre le había contagiado a su madre una afección venérea.

Con respecto a la señora K, había hecho a Dora confidente y consejera de su vida matrimonial, Dora por su parte, inconscientemente la percibía como su rival, envidiándola por sus experiencias sexuales, además de admirar su cuerpo, (se expresaba de este en el tono de un enamorado, más que en el un rival). Dada la situación antagonista no podía colocarse en la posición de la señora K. (que le gustaría) sino que "eligió" la enfermedad que padecía para identificarse con ella. Dora había favorecido las relaciones de su padre con la Sra. K. cuando entretenía a los niños de ésta para que pudiera verse con su padre. Con esta tarea Dora tomaba el lugar la madre de los niños, encarnando así el objeto de deseo de su padre, al momento que ocupaba el lugar de la Sra. K, de quien su padre estaba enamorado. Dora también adquirió crisis de tos y afonía, por imitación a la Sra. K y para gustarle al Sr. K, presentaba una tos

como la que padecía la Sra. K. Cuando el Sr. K. volvía de viaje la Sra. K. se decía enferma con la finalidad de evitar los deberes conyugales, que le eran odiosos. Contrariamente Dora recuperaba la voz cuando él volvía. Además que con su enfermedad Dora trataba de separar a su padre de la Sra. K. obligándolo a ocuparse de ella, al proporcionarle los cuidados de una niña.

Dora trata de construir su identidad femenina interpretando el papel de rival de su madre y de la Sra. K. ante los ojos su padre y del Sr. K., ya que al hacerle escenas de celos a su padre, como tendría el derecho su madre de hacérselas, se identifica con su madre y con su tos se coloca en el lugar de la Sra. K. identificándose entonces con las dos mujeres amadas por su padre, una antaño y la otra ahora, por lo que no podemos más que decir: estaba enamorada de su padre. La intensa carga de pensamientos que ocupaban a Dora respecto a la relación de su padre con la Sra. K., no estaba destinados sólo a sofocar el amor por el señor K., amor que antes fue consciente, sino que también debía ocultar el amor por la señora K., que inconsciente, se encontraba en un sentido más profundo. Para Dora la señora K. era la barrera que no la dejaría poseer al padre y a vez se decía que no dejaría al padre poseer el amor de esa mujer, a la que no perdonarla su desengaño y traición. Para Freud (1992a) la moción de celos femeninos estaba acoplada en el inconsciente con unos celos como los que sentiría un hombre. Este tipo de sentimientos homosexuales (ginecófilos) continúa Freud, han de considerarse típicos de la vida amorosa inconsciente de las muchachas histéricas.

La búsqueda de identidad femenina tiene que ver, no sólo con la capacidad de ser deseada y amada, sino más bien con la incertidumbre sobre la identidad sexual. En la histeria, cada investidura amorosa objetal es simplemente una identificación en la que el sujeto devora a los otros con su amor para sustentar su propia consistencia de identidad. La bisexualidad y homosexualidad psíquica inconsciente alimentan la fuerza que alimenta la incertidumbre sobre la verdadera identidad sexual. En su relación con el padre, es decir con el hombre, no es raro que la histérica entable una relación de rivalidad en el plano intelectual y social y querer brillar tanto como él para verse como imagen fálica y ponerse en un plano distinto al de una figura relegada o una feminidad

tradicional, en esta figura, oculta a su vez un miedo de castrar al padre y temor a fracasar, decepcionarle y mostrarse castrada (como él). La identificación histérica es entonces fundamentalmente, una identificación con la angustia de castración del padre. En la mujer esta identificación puede alimentar el fracaso de tener una pareja o bien la elección de una selección homosexual. Tenemos por lo tanto que el epicentro de la neurosis de angustia, es el resultado de un conflicto edípico agudo, que se organiza en rededor de una situación ambivalente de la sexualidad.

CAPÍTULO 3. LA HISTERIA EN LA MODERNIDAD DESDE AUTORES LACANIANOS.

3.1. La histeria después de Freud.

Podemos darnos cuenta de que la histeria ha sufrido transformaciones en el devenir de la historia, siempre permaneciendo alerta al último grito de la moda, a los convencionalismos que rigen, al tanto de la aprobación de las mayorías. Hoy nuestra histérica ha abandonado el lecho de enferma (donde la sociedad no tiene tiempo para enfermarse) y se coloca a si misma en un lugar distinto al que donde Freud la había visto. Esta histérica empero se mantiene presentándose en un estado “impuro”, puede mostrarse acompañada de compulsiones, obsesiones, fobias, estados paranoides, narcisitas, etc., y por enésima vez parece cada vez más difícil atraparla. A partir de este momento no entenderemos ya el síntoma histérico como producto de la represión del deseo sexual, sino como un efecto del lenguaje, pues estaremos en los terrenos del lenguaje, del goce, significantes, nudos y sujetos barrados; estaremos pues alienados bajo el discurso del *Otro*, y es que después de la muerte de Freud se derivaron de su pensamiento varias escuelas, de las cuales nos concierne tratar la Ecole Francesa Lacaniana.

Una de las aportaciones más originales dentro del estudio psicoanalítico de la histeria se debe a Jacques-Marie-Émile Lacan, quien no sólo fue un personaje polémico, sino que también fue uno de los personajes que más contribuyó profundizando sobre el objeto y término del análisis de las tesis Freudianas.

Lacan sólo es comprensible para un grupo escaso, debido a que emplea un lenguaje de excesivo barroquismo, su lectura puede ser fastidiosa y pesada, a la vez profunda e igualmente inaccesible y por supuesto difícil. Lacan mismo se presentaba como “el Góngora del psicoanálisis” y es que la “cosa freudiana” repele a la trivialidad y supone que para hablar en lacaniano es restringido el acceso, pues Lacan inventó términos que solo existen en la teoría Lacaniana y que a la vez son subsistemas a su lengua analítica. Por ejemplo:

“hainamoration” (condensaron de haine “odio” y amoration, neologismo que corresponde a enamoramiento) y “sinthome” (neologismo fundado en diversas homofonías: synthôme “síntoma” y saint homme “hombre santo”) entre otras. El contraste es abrumador de la escritura soberbia y clarificadora de Freud y la lengua sofisticada de Lacan, además de que para traducir a la Lacan es obligatorio leer a Freud, una manera de mostrar que Freud dice más de lo que escribe.

Lacan formuló una teoría compleja y profunda bajo la consigna del “retorno a Freud”, desde la perspectiva del estructuralismo y la lingüística redefinió todas las categorías psicoanalíticas conocidas y al mismo tiempo creó otras. Lacan es uno de los grandes postfreudianos y debe ser entendido dentro del contexto de la influencia estructuralista en Francia, principalmente con la lingüística de Saussure y la antropología de Lévi-Strauss. Para Bleichmar y Leiberman (2004) la lingüística en Lacan es mucho más que un modelo aplicado a la resolución de ciertos problemas, para lacan el inconsciente se estructura como un lenguaje y existe porque hay lenguaje o convención significante. La reformulación Lacaniana es muy radical: el lenguaje determina el sentido y genera las estructuras de la mente.

Debido a que Lacan construyó su teoría bajo la tesis de que el inconsciente se estructura como un lenguaje, la concepción metapsicológica cambió y por ende la clínica y terminología freudiana como pulsión, libido, deseo, etc., tomaron otra significación; al igual el lapsus, sueños, síntomas como otras nociones, se conceptualizaron como formaciones del inconsciente, resultado de las sustituciones metafóricas o metonímicas de uno o más significantes por otros. Lacan cambió varios de los criterios técnicos clásicos del psicoanálisis freudiano, pensaba que en el discurso del paciente podía haber palabra vacía y palabra plena, que hay algo que se omite en el discurso del paciente cuando recurre al “molinete de palabras” y espera la gratificación narcisista de sus conflictos o envolver al analista en ellos. Lacan apela a la interrupción de la sesión más que a la interpretación, ya que cree que un corte adecuado logrará a través del acto, un efecto simbólico e instaurará al Otro y la palabra plena.

Veamos cuales son las resignificaciones que conciernen a la histeria en la concepción Lacaniana: Lacan introdujo el neologismo *lalengua* para dividir e independizar que el psicoanálisis se convirtiera en un apartado de la lingüística, debido a que “el lenguaje es lo que intentamos saber sobre la función de lalengua”, el inconsciente es “un saber obrar con lalengua” y el lenguaje es “una elucubración de saber sobre la lengua”. El inconsciente no puede entonces sino estructurarse como un lenguaje, un lenguaje, siempre hipotético respecto de aquello que lo sostiene, esto es: lalengua.

Partiendo de agudas observaciones clínicas, nos señala Safouan (1988) que Lacan adelantó un dato valioso sobre el síntoma, su contribución consistió en haber demostrado que más allá de los síntomas, (symptômes) todo ser humano como sujeto se caracteriza por el síntoma (sinthome), que sería el cuarto término que anudaría en una intersección de fondo, lo real, lo imaginario y lo simbólico. El síntoma esta referido al orden del significante, y este impone la referencia a la estructura, la relación del sujeto con el síntoma se articula en una escritura fundamental que determina a su vez el grado de psicopatología fundamental. Para Lacan el síntoma no es sólo formación de significante, es lo real lo que permite anudar al sujeto a su falta: el síntoma es la estructura.

En los Tres ensayos para una teoría sexual Freud conceptualiza la *Gegenbild*, la imagen complementaria, que no es el compañero, una persona o un objeto, ni siquiera el placer del coito, lo que es ilusoriamente perseguido. Lo que se busca y lo que se procura satisfacer es una "representación fantasmática", esto es: el goce inconsciente. Este goce no depende de la consciencia, o de que la persona sea adulto o niño, enferma o no. Esta "representación fantasmática" que no depende de un objeto concreto, Lacan, partiendo de la palabra francesa "autre" (otro), (que no hace regencia a otro hombre o mujer), la designó como "objeto *a*". Este *a* es una constante por la cual "el sujeto instituye un real" y, a partir de allí, queda eternamente ligado a esa representación fantasmática que, al mismo tiempo, le es un "semejante" y un "valor lógico" constantes, independiente de particularidades o posibles valores físicos. Para Assoun (2004) el objeto *a* expresa el objeto-cause del deseo, este objeto se encuentra "fuera del cuerpo" (hors-corps) y se matematiza en la fórmula ($\$ \diamond a$) que se

lee: “S barrado punzón a”. Esto quiere decir que el sujeto es barrado porque en el juego de yunción y disyunción del objeto a, él se apaga (en fading, dice Lacan) al formularse en a demanda de la pulsión y al articularse en el fantasma del objeto del deseo. En efecto, el fantasma es el que pondrá coto al “desvalimiento” frente a la vacuidad del Otro.

Continuando con las reediciones ortodoxas, Mazzuca (1991) nos dice que Lacan nunca habló por sí mismo del complejo de Edípo, para él siempre fue un mito freudiano y si lo retoma es solamente con sus propias nociones, bajo la forma de la metáfora paterna y del nombre del padre. Estas dos corren paralelamente y se entrecruzan en la enseñanza de Lacan, que sustentado por trabajos de Lévi-Strauss le llevó a decir que el Edipo era un mito, tal vez el único mito moderno inventado por Freud, y terminó denunciando el Edípo como un sueño de Freud, ya que se trataba de la misma ilusión que sostiene el discurso religioso: la ilusión del padre protector que ama a todos sus hijos. Lo que Freud preserva con el Edípo es el padre idealizado, el padre todopoderoso y todoamor, conservando restos de religión dentro del psicoanálisis. Por su parte Altayrac (2005) asegura que tanto la enseñanza de Freud como la de Lacan nos muestran una disimetría fundamental del complejo de Edípo para ambos sexos, esta disimetría de orden simbólico, determina que la niña debe identificarse con la imagen del otro sexo. Si hablamos de una identificación con el padre, no es porque haya habido algo de la madre que no haya podido satisfacer la demanda de la niña, es decir: si la paciente se queja de que no pudo identificarse a la madre (porque supone desde su imaginario que esto sería lo esperable), no se debe a una particularidad de la persona que allí estuvo presente, sino de una cuestión estructural.

En cuanto al tópico de la transferencia, Lacan se alejó del criterio clásico en varios puntos, ya que considera que si el analista interpreta adecuadamente y mantiene al proceso analítico dentro de contrastaciones dialécticas adecuadas, no sólo el análisis no se estanca, sino que la transferencia no se instala. Para Lacan la transferencia del paciente es la respuesta a un prejuicio del analista, si el analista aparece en un primer momento como el que sabe, queda instalada

la transferencia por la idea del sujeto supuesto saber, donde el analista sabe todo lo que el paciente ignora.

Lacan concibió cuatro discursos (S1 el significante-amo; S2 el segundo significante identificado con el "saber"; \bar{a} el sujeto barrado y el objeto a), cuatro formas de lazo social, cuatro modos de producción inconsciente, agregando un cuarto imposible a los tres imposibles de Freud, los discursos Lacanianos son: el discurso del amo, discurso de la histérica, discurso analítico y discurso universitario. La concepción del discurso histérico se precisó en su seminario sobre el "Discurso del histérico". Allí la histeria terminó por ser ya no una neurosis según la interpretación médica, sino cierto lazo social, un discurso.

Para Lacan la liga "dominación-servidumbre" es el discurso del "maître" (palabra que en francés es al mismo tiempo "maestro" y "amo"), el "discurso universitario", que toma su saber del esclavo, es decir, un cuerpo dominado, para ser transmitirlo al enseñado, que será el futuro maestro. Este discurso no inventa, transmite. Por su parte el discurso histérico, como señala Pérez-Rincón (1998) se opone al discurso universitario por su posición frente al maestro, ya que es el síntoma del maestro el que produce un saber, para Lacan el histérico y la histérica "desean un maître para reinar sobre él revelando el saber de la imposibilidad del goce del maître en tanto que hombre de una mujer". En el discurso histérico retorna lo que el discurso del maestro-amo ha reprimido.

Según Mazzuca (2003) la constitución de sus síntomas, ubica en el primer plano, no la conversión, sino otro mecanismo freudiano, la identificación con el síntoma de los otros, lo que le confiere tintes de fingimiento, imitación o contagio, ya se veía esto en la Salpêtrière: cuando una interna producía un síntoma era seguida por la mayoría de las otras (histéricas). Debido a que estos contagios se debían al contagio vía identificación de sujeto a sujeto en el deseo, esta situación le permitió a Lacan conceptualizar a la histeria no sólo como una patología, sino también como la modalidad misma por cual se trasmite el deseo.

Para Lacan la histérica se identifica imaginariamente con un hombre, para desde allí interrogarse sobre la sexualidad femenina: en qué, por qué y cómo

una mujer suscita y sostiene el deseo sexual de un hombre, es por esto que en su concepción se matice el aspecto homosexual de la histeria.

Por último, para Lacan la única manera de traducir el inconsciente es descifrarlo por medio de los operadores del *Objeto*, del *Otro* y del *sujeto*, representado por el algebra de $S/A/a$, (sujeto, Otro, otro, respectivamente).

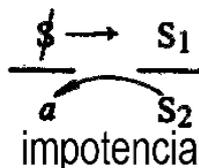
Pero ¿qué es el deseo?, ¿el goce?, ¿que es el “*petit a*”?, ¿el Otro?, ¿el significante?. Como ya habíamos comentado al principio de este capítulo, enunciar la lengua Lacaniana es difícil de entender y aún más interpretar. Lacan mismo elevaba la dificultad de su comprensión al paso de los años, inclusive para su estudio comúnmente se divide hasta en III tipos de Lacan; además de la categoría del Lacan clínico y el Lacan teórico.

Debido a que la obra Lacaniana tiene una fuerte consistencia interna y que para referirse a un concepto en específico, es inherente tratar con invenciones Lacanianas y que no es propósito nuestro hacer una introducción a la obra de Lacan, no se verá esmero alguno por clarificar o desenredar la lengua que enunció para comprender la nimia concepción Lacaniana. Se recomienda atravesar por la misma bibliografía que recopilamos para esta última parte, ya que siempre hemos corrido la misma suerte al querer saber sobre la histeria: siempre se remite a su autor.

3.2. La pregunta histérica.

Lacan y su escuela, definieron a la histérica no como una enferma más o menos neurótica, ni más o menos psicótica, sino como el sujeto del inconsciente en ejercicio, efecto y producto del lenguaje. Bajo esta orientación abandona el lugar de psicopatología, sólo en la medida en que se presenta como forma específica de estructuración del deseo humano, de la transferencia, del “Edipo” y la bisexualidad (estructura del sujeto del inconsciente). Lacan universalizó, generalizó y redefinió el concepto de histeria, ya que sí para Freud consistía en el núcleo fundamental de toda neurosis, para él consiste en el paradigma del sujeto del inconsciente.

Lacan propuso el siguiente matema para romper con la ecuación simplista de histeria-mujer:



Esto se lee según Harai (1987) de la siguiente manera: La histérica (como agente) se dirige a S_1 , un significante Amo, para interrogarle sobre un saber (S_2) acerca del objeto a . El sujeto barrado ($\text{\$}$) incumbe no solo a la histérica sino a cualquier sujeto deseante que pregunta al Amo por un supuesto saber acerca del objeto. Donde la histérica más allá de su patología se colocará en posición de demandar un saber, quedándonos indicada por el atravesamiento de una barra.

Lacan universalizó la histeria de tal modo, que se consagró como el ejemplar paradigmático de las formulaciones más generales de la teoría: el deseo jamás puede alcanzar su satisfacción, está condenado a ser deseo de un deseo, es decir el deseo del otro. La histérica no va a hacer otra cosa que sostener a través de la misma el aspecto central de todo hombre, su condición de sujeto escindido por el lenguaje, y por lo tanto su incapacidad de ser colmado, la incapacidad de cualquier integración.

Para Bleichmar (1991) todos los síntomas de la histérica se pueden reducir a la alienación de su deseo, y a lo que Lacan llamó la carencia fálica del padre; (la carencia fálica del hombre), donde la histérica, inevitablemente, al solicitarle que le responda su pregunta: ¿quién soy?, (donde si éste intenta solucionar su enigma), no hará más que descubrir su "no saber", su propia condición de ser castrado.

Para Lacan la relación de objeto no se da de forma directa y simple entre el sujeto-objeto, sino que se encuentra mediada por un tercer término: el falo. Al declinar la etapa edípica, el niño se dirige hacia un padre ideal digno de ser amado puesto que es omnipotente, poseedor del falo y capaz de darlo, pues el falo es el significante del deseo del Otro. Las histéricas saben que no poseen a tal padre, y ésta es su desgracia, aman al padre (de manera inaudita) "por lo que no da".

La histérica como indica Marchant (2000), muestra que su enfermedad se conjuga a través del lenguaje, un lenguaje que le permite a su cuerpo hablar para proponer que se relea el cuerpo. Los síntomas que se inscriben en su cuerpo están estructurados bajo una anatomía simbólica del cuerpo y de lo que éste representa en el dolor histérico. El cuerpo por donde la histérica grita es por su carne, a través de su cuerpo sexuado expresado en una anestesia sexual, un cuerpo capaz de erotizar sus síntomas, un cuerpo que pregunta en sus síntomas: ¿qué es la mujer?.

Como nos señala Pérez-Rincón (1998), la histérica interroga sobre la relación del sexo femenino desde su lugar, preguntando “¿dónde se esconde el objeto que da valor a la mujer?”, “¿el valor de la mujer en que reside?”. Frente a la interrogante que Dora planteaba a Freud: "¿Qué es una mujer?", Lacan responde que la posición histérica es el arte de replantear la pregunta instaurando una negación, que para responderle es necesario un saber: el de la relación sexual, según el cual, al tener uno lo que le falta al otro, un hombre y una mujer sólo harían uno. En la posición histérica no hay relación sexual, puesto que un hombre y una mujer sólo son dos. Lacan en su relectura de Freud rescata a la histeria de una concepción *reificada* del objeto, al puntualizar que no es el pene lo que persigue la histérica sino el falo, que designa justamente a aquello que desde la perspectiva imaginaria del niño le falta a la madre. Como en realidad a la mujer no le falta nada, se convertirá en el significado privilegiado que designará sólo aquello que es una falta, y no sustancialidad real o fantaseada.

El falo mientras se mantenga bajo la representación de una ausencia, o falta, se presentará para hacer girar sobre su eje tanto al deseo, como al objeto. La niña se introducirá en el complejo de Edípo, en tanto que no posea el falo, (castración simbólica) deseará el pene del padre para recibir de él, un sustituto simbólico del falo: el hijo (sustituto del falo imaginario), pero aquí se define puntualmente el dilema histérico: no poder determinar el objeto de su deseo, y su intento para hacerlo es ponerse en el centro del triangulo edípico, de tal suerte que siempre en la histeria hay tres personajes. Basta recordar Dora-Padre-Sra. “K”.

Con respecto al falo, ¿qué es el falo?, respondamos como lo hace Mazzuca (1991): el falo es el significante destinado a significar en su conjunto los efectos de significado, en tanto que el significante los condiciona por su presencia de significante. El falo como significante ocupa un lugar diferente en relación con los otros significantes, “el falo es el único significante del que se puede decir que es un signo, de tal suerte que si todos los significantes son semblantes, el falo es el semblante por excelencia y en cierto modo podemos decir que él es el semblante.” (Mazzuca, 1991, p. 77). La histérica es la que sabe que lo propio para causar el goce llamado sexual es el falo, que no es sino un semblante.

Lucien (1979) hace el señalamiento que sobre la histeria se ha dicho que no sabe si es hombre o mujer, mucho se ha hablado de su homosexualidad, pero tan sólo basta con escucharla para saber que no se trata de su homosexualidad, sino de la insuficiencia del hombre como objeto deseante. La histérica se identifica con el hombre deseante, haciendo lo necesario para que ese deseo se mantenga como objeto deseable, es decir: se convierte en mujer. Continuando con el tema, Bleichmar (1991) asegura que su “homosexualidad” no es más que el intento de conquistar al objeto que será el sostén del deseo del hombre; e indica que debemos ser claros en la aparente homosexualidad histérica, ya que en realidad la histérica ni desea ser hombre, ni se homosexualiza; sino que rivaliza castrando al hombre no accediendo a su deseo, siempre manteniendo la naturaleza de su deseo siempre heterosexual al igual que su identidad, nunca alejándose del dominio de la feminidad.

El conocimiento psicoanalítico ha progresado lo suficiente, para qué hoy después de 100 años “Dora” pueda releerse de una distinta manera y decir que Dora se interrogaba sobre el deseo, y que sospecha como toda histérica, que otra mujer sí sabe, y que conoce la respuesta a la pregunta histérica: que sabe que cosa es el deseo. Si hay algo “homosexual” en la histeria es su deseo de comprobación y de conocimiento sobre su género, sobre las conductas, actividades y sentimientos que definen a una mujer en sus distintas y específicas funciones. Si para “saber sobre la mujer”, la histérica tiene que dirigirse al hombre, no es por homosexualidad latente, buscando que el hombre le hable de las mujeres. Dora se encontraba más interesada en la mujer que en el hombre, pero no en su sexo, sino en su feminidad, en su búsqueda de un

ideal del Yo femenino, que lejos de perfilarse como instituido y fácilmente localizable, se encontraba desdibujado. Una femineidad que sólo la señora K parecía la más indicada para ser y representar su modelo a seguir. Mujer admirada, elegida por su padre y lectora de temas sexuales, constituía un prototipo más valorizado que el de su madre. Podemos decir también con esta relectura que cuando el Sr. "K" le dice a Dora: "mi mujer no es nada para mí", la figura de la Sra. K, se desmorona, se viene a bajo el misterio de la femineidad corporal, se viene abajo la respuesta con su pregunta: "¿qué es una mujer?". Es la caída de la ilusión con la que soñaba acceder al misterio de la femineidad, al misterio de ser mujer.

Dora tenía la ilusión de llegar a ser completa (desplazar la falta) y La señora K. se le presenta a Dora como perfecta, como la *Madonna*, empero al saber que no significa nada para el sr. K. la ilusión de estar completa cae estrepitosamente. Esta búsqueda de la mujer es la vertiente consciente del síntoma, aprobada y sostenida por la búsqueda de lo que la tranquiliza. ¿Porque decimos que una mujer perfecta como la *Madonna*?, porque la *Madonna* es una madre virgen, lo suficientemente fálica como para no necesitar la intervención masculina, y que es en sí misma la imagen de la renegación de la castración.

La femineidad de una "verdadera mujer" como señala Bleichmar (1991), quedará establecida si se estructura en ella una orientación hacia el padre. La histérica buscará el falo que le dará la completud buscada, pero para obtenerla deberá exhibirse y colocarse como objeto de deseo, posición que implica una identificación latente con el falo, esto es: para "tener" el falo (debe buscar al hombre y a través de él alcanzar la libidinización de la vagina y la heterosexualidad) debe "ser" el falo (autosuficiente, narcisista). Si la histérica quiere saber sobre la sexualidad femenina deberá antes identificarse con un hombre para acceder a su propia sexualidad, si el hombre cobra importancia como referente para la histérica es porque éste se sitúa en el centro del deseo de una mujer, la única condición que se impone para que la histérica se identifique con el hombre, es que la mujer de este hombre sea deseada por él. Tenemos entonces que el acceso al objeto del deseo (el padre, el hombre) es

otorgado por un tercero (la madre, otra mujer), de esto se desprende: que el objeto del deseo es el objeto del deseo de otro.

Según Altayrac (2005) podemos hablar de identificación histérica cuando la histérica se apropia del síntoma de otra (recordemos a las histero-epilépticas de la Salpêtrière o bien a las niñas del internado en Chalco), es decir que además de delegar en otra mujer su papel de mujer, se hace representar por otra, es decir mantenerse fuera de escena, y así ser representada por otra. La histérica mira a otras mujeres "para constituirse", mira preguntándose por la femineidad, por su lugar de mujer o por la mujer que hay en ella. Se trata de intentar darle un nombre a eso que ella rechaza pero que al mismo tiempo la interroga, tratando de cuestionar su sexualidad, en términos de posición sexuada, se pregunta acerca de qué es ser una mujer. Su discurso se emite desde el lugar de la identificación con el padre, que asume por momentos, una posición masculina, de rechazo hacia la mujer y a todo lo que en ella podría ubicarla como mujer, aunque en otros momentos aparece una exaltación de lo que ella llama "la estética de la mujer", poniendo el énfasis así en la imagen, es decir, en la mascarada.

La histérica (falo defectuoso de una madre igualmente histérica, insatisfecha) porta una mascarada que le permite afirmarse en su papel de ser, de ser el falo. Comenzando la transformación de su cuerpo en pretensión de conseguir estar completa, se exhibirá ostensiblemente y a la vez ocultará lo que desea conseguir. Debido a que la histeria se nos presenta en el estadio fálico, se mantiene permanentemente en lo que se conoce como la *chica-falo*, esto es: ante el hecho de no tenerlo, se refugia en el serlo (mascarada), sólo que tratando de serlo se mantiene dentro de la identificación primaria con el falo de la madre (narcisismo fálico). Este falicismo según Torres (1991) es una construcción esencialmente fantásmatica y un efecto de la estructura del lenguaje. Su convencimiento de serlo, le impedirá acudir al hombre, pues tendría que interesarse en el hombre (primero) al buscar el falo en el pene, es decir buscarlo por que porta un pene y al pene como fetiche del falo, porque puede darle un niño. La histérica al estar convencida de su mascarada, deberá disfrazarse, deberá portar atributos fálicos (fetiches femeninos): el peinado, las

joyas, el vestido, el perfume, el maquillaje, la moda, etc., con esto la mujer histérica, cree que al disfrazarse de falo, (de mujer) entonces se le creará. Pero no solo de fetiches se enmascara para serlo como nos comenta Goldenberg (2005), hoy el cuerpo de la histérica debe ser reforzado, es decir no debe mostrar ni tener fisuras, hoy una manera de contener las manifestaciones histéricas se encuentra en la modificación del cuerpo, encontrándonos con un completo sistema de transplantes, cirugías, dietas, productos y aparatos para modificarlo en la búsqueda de una imagen sin fallas.

Tenemos entonces que la feminidad "verdadera" se constituirá como fin ideal, una especie de meta utópica, ya que en realidad toda histérica sólo alcanzará el rango de la feminidad por la mascarada femenina, por el engaño y simulacro, pues permanecerá (recordemos) estancada en el modelo de identificación de la etapa fálica. Siempre ésta mascarada aludirá a la falicidad subyacente, a esa aparente femineidad, eliminando toda ilusión de feminidad natural. La mujer no podrá sino ordenarse bajo las leyes del significante, fundamentalmente del significante fálico. Esto llevará a Lacan a afirmar que "la mujer no existe" ya que el significante que la ordena sería sólo un significante perdido, un semblante.

Revisemos un ejemplo clínico que nos presenta Altayrac (2005) respecto a la identificación histérica. La histérica (nos dice) intentará dar cuenta de qué es ser una mujer, ya que esto le es propio. La histérica dice en sus sesiones: "Yo a la mujer la miro mucho, cómo está vestida, la miro demasiado, miro mucho y adopto sus gestos... lo que estoy buscando es encontrarme a mí en esas mujeres, miro lo que admiro, lo que no soy, lo que me gustaría ser... estoy viviendo con un montón de personas dentro de mí" (Altayrac, 2005, p. 5). Y es a partir de la mirada a estas mujeres que ella se identifica desde una posición histérica a ellas. Si bien su posición masculina esta sostenida en la identificación al padre, (a partir de la cual se constituye su Ideal del Yo), en su discurso también aparecen otras mujeres de las que ella toma insignias, esto es, una "identificación con la máscara, con las insignias del Otro".

La mascarada de la histeria tiene la finalidad de sostener su deseo, que es el deseo del hombre de que la desee y encuentre placer en ella. Tenemos que decirlo hasta el cansancio: no se trata de su deseo, sino a condición de ser

deseada. Es ante el hombre que debe mostrar la mascarada y ocultar su carencia, cubrir su falta, disimularla para él, pero también para ella. La histérica entonces en su intento de encarnar algo de lo femenino, comienza a "vestirse de mujer" y "actuar como" mujer, quedando lo femenino asociado a una suerte de señuelo/engaño sostenido por estos velos; por lo que no podemos más que decir que en su encuentro con el hombre, no es mujer, sino histérica.

3.3. El goce histérico.

Según Goldenberg (2005) Lacan definió el conflicto neurótico como esencialmente histérico y al asco como su síntoma privilegiado, debido a que éste es un signo positivo de la relación sexual que falta. En este sentido el asco proporciona la imposibilidad, mientras que sus estragos vendrían a ser un empuje a hacer existir algo que no hay. Tenemos entonces que la frigidez es la incapacidad de experimentar placer, es una especie de rechazo, una negación o incluso una lucha contra el placer. Hoy sabemos que la frigidez histérica constituye la obediencia a la demanda de otro. El conflicto neurótico es definido como la desarticulación de la demanda y el deseo, donde el neurótico se encuentra "en la hora del Otro" e imagina que el Otro demanda su castración, que debe mostrar incansablemente que no tiene el falo, mediante una lógica sacrificial del deseo propio, en otras palabras el conflicto neurótico es la cobardía del propio deseo, la histeria nos muestra que su deseo no es, sino el deseo del otro.

En torno a ese deseo ajeno, el deseo de la histérica, se han acuñado frases como: es el deseo del deseo del otro, el deseo del deseo insatisfecho, el sostén del deseo del padre. Todo esto puede resumir al mismo tiempo el deseo y el fantasma de la histérica. Para Lucien (1979) la histérica trata de buscar fuera de sí una justificación para su propio deseo, o una manera de expresarlo, aunque sea en forma de insatisfacción, porque expresar un deseo que permanece insatisfecho, es la mejor manera de probar que un deseo existe.

Según Bleichmar y Leiberman (2004) para Lacan una de las vertientes del deseo humano es que el sujeto busca construirse en el objeto de deseo de su

semejante, el otro, que es en primera instancia la madre. Deseo de (o), desear como (o) y que (o) nos tome como objeto de su deseo: soy lo que el otro no es, por lo que mi existencia y mi deseo quedarán definidos por el deseo y la falta del otro. La otra vertiente del deseo viene del gran Otro donde la incidencia es múltiple, es el Otro quien desde un inicio da las palabras para desear, es quien señala qué desear, su mensaje aparece en el sujeto de manera invertida cuando lo expresa como deseo propio. Tenemos entonces un doble deseo de reconocimiento: por el otro y por Otro.

Dice Lacan que el ser-hablante está construido de tal manera que aquello que lo satisface sexualmente se sustenta en una imagen privada, una imagen singular creada por su fantasma en una edad muy temprana, es decir en la primera infancia. Este ser-hablante se caracteriza por el hecho de que su sexualidad es bastante bizarra y desnaturalizada, por estar suspendida de la formulación de una imagen privada que se fija durante sus primeros años, imagen que será capaz de organizar y atraer su apetito sexual, y que sólo con esta imagen habrá de satisfacerse. Precisamente esta imagen es lo que lleva a Lacan a decir (guiado por las histéricas) que no hay relación sexual, y que la histérica cuando afirma que su cuerpo es el lugar del síntoma, deja entrever que se sitúa a sí misma como responsable de la ausencia de relación sexual, pues su cuerpo está marcado por una falta radical.

Dor (1995) indica que si el cuerpo es el lugar privilegiado del síntoma en la histeria es porque es el lugar del Otro, en otras palabras el cuerpo de la histérica es el lugar natural del síntoma, allí (nos dirá la histérica) donde crees atrapar el objeto de tu deseo, te encontrarás con el síntoma. La histérica hace de su cuerpo una expresión metafórica de testimoniar que su cuerpo es el lugar donde se encuentra la insatisfacción, lugar donde no se logra la relación sexual. El síntoma se nos muestra entonces como una metáfora, como la sustitución significativa de un significante reprimido, por otro nuevo, este nuevo significante (síntoma) mantiene un lazo semejante con el significante reprimido que reemplaza. Continuando con esta idea Melman (1988), señala que en la histeria existe una inclinación por el síntoma, una preocupación por preservarlo, lo que significa la existencia de profundas resistencias, por lo que podríamos decir que la histeria ama a su síntoma porque en cierto modo la constituye en lo más mínimo de su funcionamiento.

El cuerpo de la histérica no es su cuerpo real, es un cuerpo simbólico, es un cuerpo de sensación pura. La sexualidad en la histeria es la protagonista del periplo histérico, su sexualidad se mantiene en una sexualidad infantil donde se mantiene estancada la libido, al mantenerse en este estado erotiza cualquier expresión humana aunque no sea de naturaleza sexual, es decir sexualiza todo aquello que no es sexual. La sexualidad en la histeria es concebida entonces de una manera peculiar. Un rasgo clínico bien definido en la histeria concierne al cuerpo sexuado, el cuerpo de la histérica se encuentra dividido, por un lado entre en una genitalidad anestesiada, destacada siempre por una aversión al encuentro coital, es decir una verdadera repugnancia hacia todo contacto carnal (frigidez, vaginismo, repugnancia sexual, etc.), esta inhibición sexual no significa apartamiento, sino un movimiento activo de repulsión.

Por otra parte el resto del cuerpo de la histérica, es decir su cuerpo no genital, paradójicamente se encuentra muy erotizado y sometido a excitaciones sexuales permanentes.

La histérica transforma su mundo, lo histeriza, y sin saberlo sexualiza lo que no es sexual; (obedeciendo a su fantasma sexual) apropiándose de todos los gestos, palabras o silencios que percibe en el otro o que ella misma dirige al otro. Nasio (1997) señala que cuando histeriza transforma el objeto más trivial en signo evocador y prometedor de una eventual relación sexual, creando signos sexuales que rara vez van seguidos del acto sexual que anuncian. Su único goce (masturbatorio), consiste en producir estos signos que le hacen creer y hacen creer al otro que su verdadero deseo es internarse en el camino de un acto sexual consumado, empero la histérica se empeñará siempre en el deseo inconsciente de la no realización del acto y, por consiguiente, en el deseo de permanecer como un ser insatisfecho.

La histérica se nos presenta siempre insatisfecha, ya que mientras viva afligida, se resguardará del peligro que la acecha, un riesgo absoluto, carente de imagen y forma y más presentido que definido: el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Un goce de tal índole que, si lo viviera, la volvería loca, la disolvería, la llevaría a la muerte. Poco importa que imagine este goce máximo como goce del incesto, sufrimiento de la muerte o dolor de agonía, el fin es

evitar a toda costa cualquier experiencia capaz de evocar, (de cerca o de lejos) un estado de plena y absoluta satisfacción. En pocas palabras el problema de la histérica es ante todo su miedo concentrado en un único peligro: gozar. El miedo y la obstinada negativa a gozar ocupan el centro de la vida psíquica de la histérica, quien se inventa inconscientemente un libreto fantasmático destinado a probarse a sí misma y a probar al mundo que no hay más goce que el goce insatisfecho y que cualquier intercambio con el Otro conduce inexorablemente a la insatisfacción.

Continuando con esta idea Abadi (1991) señala que cuando la histérica “sufregoz” su síntoma, lo hace en una escena estrictamente privada y secreta (segregado) sin compartir su mundo de fantasmas inconscientes, que la peculiar infelicidad de la histérica esta hecha sorpresivamente de... felicidad, del placer oculto del cumplimiento de un deseo, o para ser mas exactos de un cumplimiento que no se da. Al no cumplirse se preserva la vigencia del deseo, resultando el sufrimiento por un anhelo indefinidamente frustrado y al mismo tiempo la causa de una felicidad enmascarada por el sufrimiento del autocastigo. ¿Por qué razón?, por la felicidad secreta que guarda el síntoma histérico, porque su sufrimiento alude a una infelicidad cargada de ambigüedad que refiere por una parte, una frustración debida a la presencia de un deseo, a la vez que nos habla de un ilusorio placer, sólo en la medida en que el deseo es mera anticipación fantaseada de su cumplimiento. No hay duda, la histérica puede gozar de su sufrimiento y sufrir de su goce.

La histérica siempre se empeñará en mantenerse dentro del sufrimiento, envuelta en episodios depresivos, se dará a la tarea asombrosamente de mantenerse en un estado de insatisfacción, haciéndolo su deseo, caracterizando lo propio de la histeria, ya que mientras se mantenga insatisfecha mejor protegida quedará ante cualquier amenaza de locura o muerte. Podemos resumir la lógica de histeria de esta manera: el deseo conduce al goce, el goce suscita el fantasma, el fantasma contiene la angustia y la angustia por ultimo se transforma en sufrimiento.

¿Cual es el fantasma que dirige la vida de la histérica? Lacan representa al fantasma con la siguiente formula: $(\mathcal{S} \diamond a)$ donde se manifiesta la estructura del deseo del sujeto como deseo del otro. El fantasma se define como lo

imaginario en cuanto se mantiene apresado por el uso del significante, en oposición a lo imaginario. Para Millot (1988) el fantasma incluye el objeto parcial tomado de la imagen del cuerpo que trabaja sobre los apéndices del cuerpo como indicio del deseo, el fantasma operará entonces bajo la identificación del deseo del sujeto con el deseo del otro como funcionamiento. La histérica se encuentra apresada en un estado fantasmático de insatisfacción, que marca y domina toda su vida.

Para Nasio (1997) el fantasma determina para cada uno un mundo estructurado por líneas de fuerza que narran su propio desmembramiento cuando se las sigue, donde el contenido sexual de los fantasmas histéricos no es nunca vulgar ni pornográfico, más bien se trata de fantasmas sensuales y no sexuales, donde cualquier elemento puede obrar como disipador de un orgasmo autoerótico. En otras palabras la histérica vive su sexualidad en todas las partes de su cuerpo, menos donde tendría que vivirla. En la histeria llamamos “fantasma fundamental” a una escena simple que se puede resumir en lo siguiente: hombre y una mujer con sus cuerpos enlazados conciben un hijo sin ninguna penetración genital, un hombre y una mujer asexuados. La histérica sería no solamente, la manufacturera de este sueño, sino que desempeñaría a la vez tanto el papel de la Virgen Inmaculada como el del Padre-todopoderoso, esmerándose también en procurar el lugar contenedor de este encuentro procreador e inmaculado.

El psicoanálisis es un discurso que implica un saber y un lazo social, este discurso abre una opción particular sobre el uso del goce y sobre el modo de gozar. El psicoanálisis es algo difícil de conseguir y no dura para toda la vida. Sabiendo que el deseo viene del Otro y que la neurosis es una cobardía frente al “orden del deseo”, el análisis supone la confrontación con la verdad del propio deseo, se busca hacer al sujeto responsable de su propio deseo, al margen de cualquier moral.

El (ideal) término del análisis consiste en la caída del sujeto supuesto saber y en su reducción al advenimiento del objeto *a* como causa de la división del sujeto, que viene a su lugar, esto supone que el analizante debe identificarse con su síntoma, es decir, saber vivir con su síntoma, saber desembrollarlo, manipularlo; acto sólo posible mediante “el atravesamiento del fantasma”

fundamental, donde se busca que el analizante vea más allá de la significación, es decir, bajo qué significante se mantiene como sujeto sujetado. La cura viene entonces por “añadiduria”, al afrontar el sujeto de la verdad de su deseo. Que un sujeto se haga responsable de su goce modifica el sentido de su vida y de los eventos que la han determinado.

¿El psicoanalista tiene la facultad de curar la histeria?, Lacan respondía a esta respuesta sin mucho optimismo, y no dejó a sus alumnos en posición de ser más optimistas. Y es que el modo de tratar la histeria es sin duda el reflejo de la sociedad, la manera en que una época trata a la histeria, nos da indicaciones sobre lo que pueden ser sus ideales. Nuestra época como señala Melman (1988) tiende a conceptualizar a la histeria desde la perspectiva del psicoanálisis Lacaniano, como una estructura, como el deseo del otro, como un lazo social de anudar relaciones respecto a otros.

El fin de la cura no significa el levantamiento de los síntomas, ya que los síntomas parecen tener vida propia. Algunos síntomas desaparecen durante las primeras sesiones, otros se metamorfosean, etc. El hecho de que los síntomas desaparezcan no autoriza al practicante a esperar la pronta curación. Al final del análisis, el analizante siente el dolor de atravesar su fantasma, pasando de la angustia a un dolor de duelo, en el caso de la histeria como señala Nasio (1997) la conduce a una tristeza pasiva.

CONCLUSIONES.

Por referencia a los padecimientos de ayer y hoy que muestra la histeria pareciera que hemos andado por temáticas divergentes, empero hemos siempre tratado el mismo tópico. Hemos andado un largo camino, comenzamos remontándonos a las primeras civilizaciones egipcias donde encontramos las primitivas nociones etiológicas sobre el origen, causas y tratamientos de las llamadas “perturbaciones del útero”. De allí dimos un salto cronológico hasta ubicarnos en la Europa medieval y encontrarnos con su categórica concepción de la posesión demoníaca, vinculada a la práctica de brujería y su voluntad entregada al mandato del maléfico, lo que suponía alejarse del camino del bien, e ir en el camino “contrario”, con todo lo que implicaba este concepto de lo inverso. Posteriormente en Alemania ubicamos la primera explicación científica de la histeria: la neurológica, que explicaba su origen a razón de una lesión orgánica imposible de localizar debido a las limitaciones del microscopio. La etiología por primera vez en la historia de la histeria se concibe ajena a un órgano insaciable, o a temáticas religiosas; la ciencia la ubica como lo demanda su desarrollo en la historia, la ubica ya lejos de rastros animistas para darle una concepción como sería la moda efervescente en los círculos médicos y psiquiátricos de la Alemania del siglo XIX. Curiosamente se le debe a un error científico el primer intento de separar a la histeria de su natural etimología, ahora sabemos que ésta no estaba localizada en alguna zona particular del cerebro, sino en los procesos que se ven implicados dentro de este, tal vez tenían razón los primeros neurólogos: la ubicación es imposible debido a que las limitaciones del microscopio no pueden dar razón de los procesos psíquicos. A partir de la proposición neurológica, las posteriores concepciones sobre el origen de la histeria fueron cada vez más alejadas de un útero enfermo o animado, empero si los médicos mantenían sus tratamientos sobre la meta de devolver a su posición natural o apaciguarlo mediante baños, o presiones sobre el pubis, era por que su etimología obligaba a permanecer dentro de la tradición terapéutica. Charcot al igual que Galeno estuvo muy cerca de franquear el origen de la histeria con sus dos frases no publicadas por él, pero

sí recordadas por sus alumnos: la primera cuando Charcot le dice a Brouardel "en el origen de la histeria hay siempre algo sexual" (Mueller, 1976, p. 380) y la segunda pronunciada como diagnóstico en una fiesta: "pero en tales casos, siempre es cuestión de sexo, siempre, siempre, siempre, siempre" (Hothersall, 2005, p. 288). Podemos darnos cuenta de que Charcot decía más de lo que sabía. Los límites que Charcot no sobrepasó y que se reblandecieron junto con él, fueron algunos de los elementos que serían la influencia y el impulso que llevaron a Freud a desprenderse del saber establecido y continuar con un camino, que otros le mostraron sin saber. Revisemos entonces el periplo en pos de las nociones acerca de la histeria.

Como hemos venido comentando, la concepción sobre el origen de la histeria fue distinta en cada época y lugar. La etiología en la época clásica giró en torno a una explicación orgánica: un útero migratorio que invadía el espacio de otros órganos a su paso en busca de humedad. Precisada la causa como es habitual, los primeros tratamientos para aliviar el malestar producido por el desplazamiento del órgano, se situaron bajo el propósito de retornarlo a su primera posición. Pero fue hasta que la cultura griega retomando las bases los papiros de *kahun* y *Ebers* la conceptualiza, bautiza e inmortaliza al mal de todos los tiempos de la mujer: la *histeria*, generándose una mutua influencia entre filósofos y médicos de la época, donde no pudiendo desarrollar más tautologías aceptaron incondicionalmente las ideas predominantes de su tiempo, y aforismos como: "la matriz está por entero en la mujer como un animal en el animal", (Chauvelot, 2001, p. 18) o que "el útero engendra mil enfermedades de las que el único remedio es la reunión del hombre y de la mujer" (Platón, 1991, p. 720), inauguraron la ficción de que una actividad sexual desordenada (abstinencia) podría dar como resultado histeria.

La mayor parte de los antiguos y casi todos los seguidores de estas primeras nociones (que continuaron tan vigentes hasta buena parte del siglo XIX), hicieron uso de olores repugnantes que por su naturaleza, conseguirían que el útero regresara a su posición. El que el útero se apartara o buscara cierto tipo de olores, le concebía al *animal* propiedades sensibles de tipo discriminativas, por lo que a partir del principio: el útero posee los "sentidos" de olfato, gusto y tacto, se justificó la implementación de la amplia gama de métodos

terapéuticos, que iban desde los aplicados a la parte baja del cuerpo como las fumigaciones con sustancias fragantes o inmundas, o las ventosas sobre las ingles; hasta las enfocadas a la parte alta del cuerpo, como la ingesta de "alimento" rancio o fumigaciones hediondas sobre la nariz, con la única intención de que el animal "baje" o "suba" (según sea el caso) a su posición natural.

La tradición clásica que venían ejerciendo los médicos griegos se vio paralizada a la muerte de Galeno, iniciando la era del oscurantismo medieval religioso. La edad media que significaría la gran decadencia intelectual de Occidente, significó también que las enfermedades mentales fueran consideradas como posesiones demoníacas. Durante el medioevo la demonología fungió como eje central de toda explicación, por lo que los recursos con los que la filosofía y medicina clásica contaban para conocer el mundo, se vieron ensombrecidos ante la hegemonía que ejercía el cristianismo, sombra que emanaba del pensamiento de San Agustín, quien propagó la idea de que la unión sexual sólo se justifica bajo el propósito de la procreación y que además ésta debía estar libre de cualquier mácula de placer sensual. La iglesia jugó un papel medular al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural del diablo, influenciada directamente por la obra de San Agustín, sostenía que los placeres carnales eran obra de espíritus malvados, como los íncubos, succubi, brujas, y demonios.

Bajo el pensamiento de San Agustín, la histeria quedó librada de la voluntad del útero de rondar por su cuerpo, y quedando proscrita la enfermedad del cuerpo se desplazó al alma, abriéndose una nueva explicación (ahora dogmática) para la histeria: ahora los síntomas eran la señal de la alianza de la persona con un poder malvado que habitaba en las sombras del mundo. Con su nueva etiología establecida el médico del cuerpo ya no fue necesario, ahora se requería el médico del alma: el clérigo, donde insólitamente no tenía la función de aliviarla de sus padecimientos sino de su exterminio. El "tratamiento" prescrito para la posesión demoníaca fue la tortura, aún si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad para terminar el maleficio causado por la poseída. La histérica en este tiempo no sólo se disfrazó bajo la mascarada de la posesión, además la encarnó, le dio vida y se esmeró en

actuar siempre demás de lo que se lo dictaba la creencia popular. La Bruja ocupó el lugar de la histeria, practicó el sabbat, devoró niños, se transformó en animal, fornicó con el maligno y gozó de su sufrimiento, aún si el precio (como lo fue) era tan elevado como el de su vida.

Sólo el convenio de un pensamiento racional pudo abrir espacios y mermar la influencia de la Fe, de esta manera los señalados de practicar la brujería pasarían por ser impostores y charlatanes, pero sólo hasta el siglo XVIII va a ser posible la aparición de Mesmer, que influido por los descubrimientos en electricidad, magnetismo y astronomía desarrollará su tesis para explicar la enfermedad, explicación que desencadenará un efecto “dominó” que terminará con Freud. En un primer momento Mesmer se dedicó a restaurar el desequilibrio con el uso de imanes (magnetismo), para evolucionar a la interacción del magnetismo del terapeuta (Mesmer) y el del paciente, y terminar hasta el máximo esplendor que alcanzaría con curaciones masivas de tipo sugestivo (la artesa de la salud). Todas las variantes y evoluciones de su tratamiento magnético obtuvieron ciertos éxitos especialmente ante síntomas y malestares de tipo histérico, aunque nunca ni Mesmer ni sus seguidores le reconocieron su lugar. El éxito más notable de los seguidores de Mesmer fue el desarrollo del sonambulismo hecho por el Marqués de Puységur, quien inducía a los sujetos a estados mentales completamente profundos y más allá de las condiciones normales, situación que ensalzaba el exhibicionismo del magnetizador. Este fenómeno Braid lo estudiará y explicará como simple sugestión llamándolo hipnosis. Freud quedó sorprendido al ver como el “maestro” Charcot lo aplica dentro de sus demostraciones públicas para aliviar o provocar síntomas histéricos, de ésta práctica y por la voz del “maestro” se concluye que sólo las histéricas son propensas a ser hipnotizables por que son histéricas.

Como vimos el panorama terapéutico con el que se contaba en el tiempo en que Freud tuvo su encuentro con la histeria se mantenían aún con influencia los tratamientos físicos y morales, y la hipnosis que comenzaba a ganar terreno, usándose con fines de investigación, curativos o bien por simple curiosidad, pero sus resultados continuaban al igual que los demás siendo

efímeros. El caso de Anna O. comprende una rica y variada lista de síntomas, Anna era uno de esos casos bien descritos y definidos por la medicina de la época, que generaban distintas actitudes: algunos médicos se escudaban ante el desprecio por tales pacientes acusándolos de simuladores, mientras que otros se sentían atraídos por las incógnitas y el desafío que estos cuadros planteaban, dentro de estos desfila naturalmente Freud, que se involucró en el intento de develar la incógnita para dar inteligibilidad y alivio al extraño padecer. Las vertientes descubiertas por el caso Anna O. fueron fundamentales para los desarrollos psicoanalíticos posteriores. Freud al avance de sus investigaciones se fue quedando solo, señalando los senderos que permanecerían abiertos para siempre, es decir: los senderos del inconsciente. Freud descubrió que el síntoma aparece en el lugar de lo no dicho y que la psicoterapia por el lenguaje lo hace desaparecer, la palabra entonces tiene propiedades inherentes con el síntoma histérico, es decir con el cuerpo, con su lenguaje, con la carne que nos habla.

Pero la historia de Freud esta precedida por su propia prehistoria, Freud es a la vez discípulo y maestro de si mismo, pero fue hasta el método de la asociación libre que Freud fungió como discípulo de si mismo para posteriormente colocarse como el padre del psicoanálisis. Freud rompió con toda la tradición científica de su época iniciando un camino propio, un camino señalado por las históricas: el del inconsciente. Freud desarrolló una modalidad de tratamiento distinta a la aprendida en la Salpêtrière y configuró un tratamiento de manera contrapuesta a las demostraciones hipnóticas Charcotianas. Abandonó todos los procedimientos tradicionales que se acostumbraban para tratar la histeria, debido a que estos procedimientos no eran en medida alguna eficaces. Freud se dio la tarea de desarrollar un procedimiento más potente y duradero, soportado por su propia teoría y técnica, que obtendría como resultado: el método de la asociación libre, método que hace posible que exista la sesión psicoanalítica, donde Freud quedó desplazado del campo visual para que el analizante se confiase a si mismo la causa y origen de sus síntomas.

Freud al escuchar el síntoma en la palabra, abrió el camino para pensar al cuerpo sufriente y gozante en relación con un discurso. Lacan, al retomar tales

planteos y aplicarles instrumentos lingüísticos actuales, le dio un giro y subvirtió el esquema del paralelismo vigente en Saussure entre el significante y el significado, para volcarla determinación del lado del significante; primacía del significante en la producción de sentidos. La metáfora, tal como aparece ejemplificada por el síntoma histérico, sólo es un factor productivo, pues no se limita a re-producir.

No tardará mucho tiempo Freud en ser releído por uno de los postfreudianos más polémicos y prolíficos: Lacan, quien a la luz de la relectura de Freud le va a dar una perspectiva distinta, quien ya no verá a la histérica como una neurótica más, sino que la colocará como uno de los cuatro discursos, un discurso proveniente del sujeto del inconsciente en ejercicio, efecto y producto del lenguaje. Lacan universalizó la histeria de tal modo, que se consagró como el ejemplar paradigmático de las formulaciones más generales de la teoría: el deseo jamás puede alcanzar su satisfacción, está condenado a ser deseo de un deseo, es decir el deseo del otro. Dentro de la lectura Lacaniana nos encontramos con varias cualidades que presenta hoy la histeria. Tenemos la histérica falica (chica-falo) que ante el hecho de no tenerlo, se empeña en el serlo (mascarada), sólo que tratando de serlo se mantiene dentro de la identificación primaria con el falo de la madre (narcisismo fálico), donde la histérica para estar convencida de su mascarada, deberá disfrazarse portando accesorios y atributos femeninos, modificará su cuerpo por cirugías, dietas, ejercicio, todo en pos de alcanzar el cuerpo de la "mujer actual" adornándose de fetiches como el peinado, las joyas, el vestido, el perfume, el maquillaje, para que (la histérica), al disfrazarse de mujer entonces se le crea. Otra cualidad inherente que la histérica de hoy presenta es la insatisfacción; la podemos ver con su rostro depresivo, siempre triste, sollozando por un deseo limitado e inalcanzable para ella.

Las histéricas de antaño vivieron su sufrimiento con otras formas clínicas, pero siempre arrebatadas, espectaculares y eróticas. La histérica moderna vive a su manera su sufrimiento, y sin embargo, no ha variado en lo esencial la explicación ofrecida por el psicoanálisis en cuanto a la causa de estos sufrimientos. Es verdad que desde sus comienzos la teoría psicoanalítica

experimentó singulares cambios, pero su concepción sobre el origen de la histeria continúa fundamentalmente intacta. Ahora sabemos que la histeria se transforma de acuerdo con su época, por lo que deja de ser asombroso el hecho de que la sintomatología histérica adopte los estilos y las modas del momento y no se disfrace con la vestimenta de las abuelas. Por ejemplo una familia rezagada culturalmente ubicada en una aldea perdida, producirá todavía síntomas como los que aparecen referidos en los papiros de Kahoun y Ebers, o bien como los que desfilaban en la Salpêtrière. Tenemos que por ejemplo en México, a principios del siglo XXI presenciamos las parálisis espectaculares de finales del siglo XIX, en el internado Villa de las Niñas, ubicado en Chalco Estado de México, donde se produjo un brote epidémico como los clásicos brotes histero-epilépticos que espontáneamente aparecían dentro de los pabellones de la Salpêtrière, y que como ahora, al igual que en cada época desconcertaron al saber médico viéndose superado al no poder aliviar sus síntomas. Las niñas de entre 13 y 19 años padecieron síntomas como mareos nauseas, fiebre, vómito y mialgias que les impedía sostenerse o caminar, donde los síntomas desaparecían estando en observación en el hospital. Los médicos llamaron a este fenómeno "histeria colectiva", pero ahora sabemos no es otra cosa que una identificación histérica, donde como ya vimos, la histérica se apropia del síntoma de otra, para delegar en otra mujer su papel de mujer y hacerse representar por otra para mantenerse fuera de escena.

Es sorprendente como la historia domino la concepción que se tenía respecto a la histeria. El escaso avance y las ideas que giraban permanentemente sobre el útero atravesaron siglos de forma inmutable hasta finales del siglo XIX, aunque continua imponiéndose la antigua concepción como lo podemos comprobar al buscar la palabra en el diccionario, donde continúa haciéndose referencia al útero y a su manifestación más frecuente en la mujer.

La histeria como hemos podido ver continua presente y en constante transformación. El origen de la histeria nace a través de un fantasma inconsciente para Freud, pero para Lacan es un efecto del lenguaje, ubicado dentro de uno de los 4 discursos: el del saber. Independientemente de cual sea la perspectiva psicoanalítica que se tome para dar razón de su origen, la histeria es siempre psicógena. Sólo el psicoanálisis pudo romper con el

naturalismo etimológico del que provenía, y de un útero hambriento y errante la etiología quedó enfocada en las reminiscencias, en el fantasma, los pilares del gran descubrimiento que la histérica revelaba: el inconsciente.

A partir de ahora cuando pensemos en la histeria pensaremos invariablemente en personas que tienen problemas con las demandas sexuales, con ideas sexuales; que muestran la belle indifférence frente a parálisis u otras conversiones, que se identifican de forma excesiva con otros, que se expresan de forma teatral, que prefieren la ilusión de la inocencia infantil a las penurias del mundo de los adultos. Pero si creemos en la vigencia perpetua de esto estaremos equivocados y más aún, estaremos condenados a repetir los mismos errores que siempre se han cometido: creerla nítida y por fin el tiempo para ser observada en toda su extensión. Recordemos que en este momento se encuentra en plena transformación, siempre distinta al día anterior, hoy alistada al grito de la moda, mañana tal vez protestando ante la globalización o los derechos de la mujer. No sabemos, no podemos dar un punto final a este capítulo, sino seguirla de cerca a cada paso que de y tal vez de ser posible, encontrarnos con ella donde nos lleve.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Abadi, M. (1991). Algunas reflexiones sobre la teoría psicoanalítica de las histerias. En: B. C. de Krell, Irene. (Ed.), *La escucha la histeria*. Paidós, Argentina. pp. 131-144.
2. Altayrac, P. (2005, julio). Lo femenino, la estúpida y la mirada a la otra. (13 párrafos). *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. (En red). Disponible en: www.acheronta.org
3. André, J., Lanouzière, J. & Richard F. (1999). *Problemática de la histeria*. Síntesis S. A., España.
4. Anzieu, D. (1998). *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis*. México, Siglo XXI.
5. Assoun, P-L. (2004). *Lacan*. Amorrortu, Buenos Aires.
6. Bercherine, P. (1988). *Génesis de los conceptos freudianos*. Paidós, Argentina.
7. Blázquez, N. (2004). *Aportaciones de las mujeres a la ciencia: El conocimiento de las brujas*. Tesina de postgrado publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Filosofía y Letras, México.
8. Bleichmar, E. (1991). *El feminismo espontáneo de la histeria: estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. España.: Siglo veintiuno.
9. Bleichmar, N. & Leiberman, C. (2004). *El psicoanálisis después de Freud*. Paidós, México.

10. Bravo, E. (2002). *Territorios del mal. Un estudio sobre la persecución europea de brujas*. México.: Instituto de Investigaciones Filológicas y Filosóficas. UNAM.
11. Breuer, J. & Freud, S. (1996). Estudios sobre la histeria. En: *Obras Completas*, tomo 2. Amorrortu, Buenos Aires.
12. Chauvelot, D. (2001). *Historia de la Histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*. Alianza.: España.
13. Cohen, E. (2003). *Con el diablo en el cuerpo. Filósofos y brujos en el renacimiento*. Taurus, México.
14. Cosentino, J. (1999). *Construcción de los conceptos freudianos I*. Manantial, Argentina.
15. Dor, J. (1995). *Introducción a la lectura de Lacan*. Gedisa, España.
16. Dupont, M. (1989). *La práctica del psicoanálisis*. Pax, México.
17. Ferrero, J. (1988). *Los grandes del inconsciente*. Mensajero, España.
18. Forrester, J. (1995). *Seduciones del psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*. Fondo de Cultura Económica, México.
19. Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, México.
20. Foucault, M. (1978). *Historia de la sexualidad I*. Siglo XXI, México.
21. Freud, S. (1988). *Esquema del psicoanálisis*. Paidós, México.
22. Freud, S. (1950) "Fragmentos de la correspondencia con Fliess", en *Obras Completas*, tomo I, Amorrortu, Buenos Aires, 1992b pp. 211-322.

23. Freud, S. (1923) "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII", en: Obras Completas, tomo XIX, Amorrortu, Buenos Aires, 1989 pp. 67-106.
24. Freud, S. (1917) "23ª conferencia. Los caminos de la formación de síntoma", en Obras Completas, tomo XVI, Amorrortu, Buenos Aires, 1991 pp. 326-343.
25. Freud, S. (1912) "Sobre la dinámica de la transferencia" en Obras Completas, tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, 2004 pp. 93-105.
26. Freud, S. (1909) "Apreciaciones generales sobre el ataque histérico", en Obras Completas, tomo IX, Amorrortu, Buenos Aires, 1996 pp. 203-211.
27. Freud, S. (1905) "Fragmento de análisis de un caso de histeria", en Obras Completas, tomo VII, Amorrortu, Buenos Aires, 1992a pp. 1-107.
28. Freud, S. (1896) "La etiología de la histeria", en: Obras Completas, tomo III, Amorrortu, Buenos Aires, 1975 pp. 185-218.
29. Goldenberg, M. (2005). *La escucha, la histeria*. Argentina, Paidós.
30. Harai, R. (1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis de Lacan: una introducción*. Nueva visión, Argentina.
31. Horthersall, D. (2005). *Historia de la psicología*. McGraw-Hill, México.
32. Levin, K. (1985). *Freud y su primera psicología de la neurosis*. Fondo de Cultura Económica, México.
33. Lucien, I. (1979). *El goce de la histérica*. Argonauta, Argentina.
34. Marchant, M. (2000, noviembre). Apuntes sobre la histeria (47 párrafos). Revista de psicología. (En red) disponible en: www.redalyc.org

35. Mazzuca, R. (2003, abril). Los excesos de la histeria (24 párrafos). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría. (En red). Disponible en: http://alcmeon.com.ar/11/42/04_Mazzuca.htm
36. Mazzuca, R. (1991). O citar a la histérica o citar a lacan. En: B. C. de Krell, Irene. (Ed.), *La escucha la histeria*. Paidós, Argentina. pp. 69-89.
37. Melman, Ch. (1988). *Nuevos estudios sobre la histeria*. Nueva Visión, Buenos Aires.
38. Millot, C. (1988). *Nobodaddy. La histeria en el siglo*. Nueva Visión, Buenos Aires.
39. Mueller, F-L. (1983). *La historia de la psicología. De la antigüedad a nuestros días*. Fondo de Cultura Económica, México.
40. Nasio, J. (1997). *El dolor de la histeria*. Paidós, Buenos Aires.
41. Novoa, V. (1999). *Psicoanálisis teoría y clínica*. Universidad Autónoma de San Luís Potosí, México.
42. Pérez-Rincon, H. (1998). *El teatro de las Histéricas*. Fondo de Cultura Económica, México.
43. Perrés, J. (2000). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
44. Platón. (1991). *Diálogos*. Porrúa S.A., México.
45. Safouan, M. (1988). *Angustia Síntoma Inhibición*. Nueva Visión, Buenos Aires.

46. Sahakian, W. (1986). *Historia de la psicología*. Trillas, México.
47. Torres, M. (1991). La histeria. En: B. C. de Krell, Irene. (Ed.), *La escucha la histeria*. Paidós, Argentina. pp. 90-130.
48. Veith, I. (1965). *Hysteria. The History of a disease*. The University of Chicago, Chicago.