

HISTORIA DE LA HISTERIA

La histeria y su estudio forma la célula germinal de la teoría psicoanalítica. Es prácticamente imposible separar la histeria del psicoanálisis. Es a través de esta forma de neurosis que Freud comienza a formular la teoría y el método.

La RAE define la histeria (del fr. *hystérie*, y este del gr. *ὑστέρα* *hystéra* 'útero') como «enfermedad nerviosa, crónica, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales, y a veces por ataques convulsivos.»

Los principales signos de la histeria son conocidos ya desde la antigüedad y han motivado las más vivas discusiones en los médicos de todas las épocas. La histeria fue el primer trastorno al que la medicina no pudo hallar una explicación puramente somática.

Sigmund Freud entendió la histeria como una represión sexual por un conflicto intrapsíquico ocurrido en la infancia que se mete en el desván del inconsciente. El psicoanálisis define la histeria como una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de afectos inconscientes. La neurosis es toda afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que encuentra sus raíces en la historia infantil del sujeto y que constituye un compromiso entre el deseo y la defensa. En la histeria el mecanismo de defensa es la conversión somática, que se manifiesta en el plano psicomotriz, sensorial, o vegetativo. En el mecanismo de conversión la libido desprendida de la representación, en el proceso de represión, es transpuesta a lo corporal.

A partir del siglo XX, cualquier manifestación exaltada era adjetivada como "histérica" y el término de tan manoseado perdió su significado médico.

Egipto y Cercano Oriente

Los médicos egipcios creían que la matriz era un órgano bicornes que se podía desplazar dentro del cuerpo de la mujer, obstruyendo así las entradas de aire, lo que provocaba las convulsiones y el síntoma de hiperventilación.

Antigua Grecia – Hipócrates

En la antigua Grecia, la histeria afectaba a mujeres que "estaban privadas de relaciones sexuales, lo que provocaba que el útero se secase, perdiera peso y partiera en búsqueda de la humedad necesaria". De esta manera, operaba una suerte de desplazamiento que llevaba la enfermedad del útero hacia el corazón, generando opresión y vómito, síntomas estos de la

epilepsia. Los médicos griegos concibieron la histeria como un trastorno o afección ginecológica. Tenían, pues, una intuición del conflicto genital inconsciente, pero todas sus observaciones las transportaron al plano somático.

Hipócrates (460-370 a. C.) ya conocía el trastorno histérico, aunque entonces no se diferenciaba netamente de la epilepsia (*morbus cacer*). Las célebres Pitonisas de Delfos, que predecían el futuro entre horribles convulsiones y estridentes ruidos, eran víctimas del trastorno histérico. Hipócrates fue el primero en ver en este trastorno una anomalía de tipo ginecológico: los síntomas histéricos estarían provocados por un desplazamiento del útero (*hysteron*), de donde proviene el nombre de *histeria*. Hipócrates describió los síntomas de la histeria como semejantes a la epilepsia. La hipótesis de Hipócrates fue importada de los médicos egipcios (Papiros de Ebers y Kahun) y se fundamenta en el mito de la migración uterina.

Platón (427-347 a. C.)

Platón, contemporáneo de Hipócrates, sostenía la misma teoría que este. En el diálogo *Timeo* pone en boca de Sócrates esta definición de la histeria: «La matriz es un animal que desea engendrar niños. Cuando queda estéril por largo tiempo, se aflige y obturando todas las salidas de aire, paraliza la respiración... hasta que el deseo y el amor, reuniendo al hombre y a la mujer hacen nacer un fruto y lo recogen como de un árbol.» Esta concepción anticipa la errónea idea tradicional de que el origen de la histeria es la insatisfacción sexual y que el matrimonio es la mejor cura para la histeria.

Galeno de Pérgamo (130-200 d. C.)

Galeno calificó de absurda la idea de Hipócrates y Platón. Siguió dándole importancia a la matriz en la etiología de la histeria, pero demostró que el útero no migra por el cuerpo. Según Galeno, la histeria era provocada por la retención de la sangre menstrual o el semen femenino. En aquella época se creía que la mujer eyaculaba semen al igual que el varón. Las convulsiones histéricas eran debidas a la acumulación en la matriz de una sustancia tóxica semejante a la materia seminal del hombre, lo que no excluía la posibilidad de la histeria masculina por la misma retención seminal. Galeno piensa que la histeria es una enfermedad causada por falta de placer sexual.

Medicina árabe

Según Yúhānnā ibn Serapion, médico árabe del siglo IX, el trastorno histérico no era debido a la retención de la sangre menstrual, sino a la continencia sexual, pues era una mal que solo afectaba a viudas y solteras. Un siglo más tarde, los médicos árabes negaron que el útero fuera un animal errante y explicaron la etiología de la histeria por vapores tóxicos de origen uterino o digestivo, que atacaban el cerebro de las pacientes.

Edad Media (476-1453)

Con la llegada del cristianismo, la histeria comenzó a ser considerada como posesión diabólica, por lo que muchas de estas mujeres terminaron calcinadas en la hoguera. En la Edad Media el concepto inconsciente del conflicto sexual se mantuvo, pero cambió su expresión simbólica. En la etiología de la histeria aparecía el diablo como expresión simbólica de lo sexual, como pecaminoso, sucio y repudiable. La persona histérica estaba poseída por el diablo. Fue Charcot en el siglo XIX quien se esforzó en demostrar que los casos de posesión diabólica obedecían a ataques histéricos: "los antiguos relatos de posesión no son más que descripciones de la histeria, el endemoniado es la imagen viva de la histeria en la historia".

En la Europa medieval cristiana, los síntomas histéricos se atribuían al triunfo de las fuerzas del mal y las histéricas se diagnosticaban de poseídas o de brujas. La medicina medieval atribuyó el trastorno histérico a la influencia del demonio. El Corán vio en la histeria la obra del demonio. Pero en la Edad Media la ciencia descubrió que la histeria no era un trastorno exclusivo de la mujer. Los grabados medievales presentan a hombres posesos y convulsos, lo que demuestra que la histeria masculina era entonces frecuente. Pero, lo mismo que en la Antigüedad, la medicina medieval sigue atribuyendo los síntomas histéricos, unas veces a un desplazamiento de la matriz y otras a la acción de vapores tóxicos de origen genital, aunque siempre se atribuye la última causa a la influencia del demonio.

Renacimiento (siglos XIV-XVI)

En el Renacimiento la histeria pierde su carácter demoníaco, deje de ser un tema teológico (obra del demonio) para volver al campo de la medicina. La medicina renacentista considera ahora la histeria desde el punto de vista puramente somático y, siguiendo a Hipócrates y Platón, ve la causa en "una sofocación por desplazamiento de la matriz". Los médicos renacentistas, llevados por su respeto por lo antiguo, critican a Galeno por haber dicho que la matriz no podía desplazarse por el cuerpo.

Durante el Renacimiento, la creencia en el desplazamiento de la matriz llevó a prácticas terapéuticas de lo más pintoresco, como hacerle respirar a la enferma malos olores para atraer a la matriz a su lugar natural, o colocarle en la zona vaginal olores agradables. Creían que, por este medio, se podía hacer que la matriz dejara las partes superiores mal olientes y descendiera a aspirar los olores más agradables. En el siglo XVI, se usaba una piedra negra, pulida y pesada, llamada *piedra de España*, que se ponía sobre el ombligo de la enferma.

Finales del siglo XVI y comienzos del XVII

El liberalismo que siguió que siguió a la época del Renacimiento trajo consigo el abandono del simbolismo y la medicina volvió a considerar lo genital, pero enfocando el problema solo en su aspecto anatómico. En el siglo XVII, se toman en cuenta las pasiones, pero también aumenta la

represión sexual. Se aleja el concepto de lo genital, centrando ahora la investigación en el sistema nervioso.

A finales del siglo XVI, se empezaron a tomar en consideración factores emocionales como causas desencadenantes, aunque se seguía vinculando el mal al desplazamiento de la matriz y a vapores tóxicos de origen uterino. El fuerte deseo de las mujeres histéricas de abrazar a los hombres en los instantes previos al paroxismo llevó a pensar en la semejanza entre la crisis histérica y el orgasmo. "La histeria proviene de un deseo vehemente y desbocado de abrazo carnal, el cual desbanca la facultad racional hasta el punto de que la paciente profiere discursos licenciosos y lascivos".

En los siglos XVI y XVII cuando aparecen las nuevas concepciones nosológicas y terapéuticas, la histeria vuelve a ser considerada como enfermedad. Los médicos seguían considerando la histeria como un trastorno fisiológico: el espasmo era un trastorno de origen mecánico, producto de contracciones en el diafragma. Poco a poco, la histeria fue perdiendo su tono de misterio y los médicos se fueron liberando de la teoría clásica de los humores.

Aunque en el siglo XVII todavía no se había abandonado la idea del origen uterino de la histeria y aún se siguen quemando histéricos e histéricas en la hoguera, ciertos médicos comienzan a hablar del origen cerebral de la histeria. En el 1616, el médico francés Charles Lepois rompió con las explicaciones tradicionales basadas en el desplazamiento de la matriz y de los humores. Según Lepois, la retención de la sangre menstrual debe considerarse como una leyenda; la importancia del útero como origen de la histeria quedaba descartada, la etiología de la histeria era de carácter nervioso. Lepois hizo una descripción clínica de la histeria masculina e infantil.

Thomas Sydenham (1624-1689) dijo que la afección histérica es, sobre todo, psíquica. Señaló que la histeria atacaba por igual a hombres y mujeres, sobre todo a los hipocondríacos, por lo que no se podía afirmar que su origen estuviera en la matriz. Sydenham se dio cuenta, por primera vez, de que los síntomas histéricos pueden simular casi todas las formas de enfermedad orgánica. Para Sydenham la histeria era la gran simuladora:

«La histeria imita casi todas las enfermedades que afectan al género humano, porque en cualquier parte del cuerpo en que se localice produce síntomas que son propios de esa región. Así que algunos accidentes se parecen a la epilepsia y sus convulsiones pueden simular las de esta.»

Desde el siglo XVII hasta la Revolución Francesa

Hasta comienzos de la era contemporánea, se mantuvo vigente la teoría de que la histeria era provocada por vapores fétidos desprendidos de la matriz por descomposición de la sangre menstrual y del supuesto semen femenino.

En el siglo XVIII, Albrecht von Haller dice que "las mujeres son especialmente propensas a padecer por la privación de la cópula a la que se

habían acostumbrado, y que la clorosis, la histeria, la ninfomanía y la manía simple se curaban mediante la cópula". Era común que esta fuera la receta de los médicos de la época para el tratamiento de las histéricas.

Franz Anton Mesmer, nacido Friedrich Anton Mesmer (1733-1815) se doctoró en Medicina y Filosofía en Viena con su tesis: *De planetarium Influxu*, influenciada por las teorías de Paracelso sobre la interrelación entre los cuerpos celestes y el ser humano. Mesmer formuló la teoría del magnetismo animal: todo ser vivo irradia un tipo de energía similar o parecido al magnetismo físico de otros cuerpos y que puede transmitirse de unos seres a otros, llegando a tener una aplicación terapéutica. Mesmer se instaló en París en 1768 y, aunque no se dedicó al estudio de la histeria, sus experiencias significaron el primer paso para el descubrimiento de la hipnosis, término acuñado por el neurocirujano escocés James Braid (1795-1860). Según Mesmer, la salud es el flujo libre del proceso de la vida a través de cientos de canales eléctricos que recorren el cuerpo humano. La enfermedad sería causada por los obstáculos a este flujo. Superando aquellos obstáculos y restaurando el flujo se producían crisis que restauraban la salud. Las ideas de Mesmer provenían de la tradición europea de la alquimia. Creía que todo el universo se había desarrollado de una sustancia homogénea primordial, luego diferenciada en la diversidad que conocemos. Mesmer introdujo una terapia colectiva para el tratamiento de la histeria: las mujeres se sentaban en círculo alrededor de una vasija con "agua magnetizada" y limadura de hierro, dándose la mano y tocándose las rodillas, masajeando sus pechos y torso mientras las miraban a los ojos.

Mesmer se apartó aparentemente de lo sexual. Según él, los enfermos debían caer, para su curación, en la famosa "crisis convulsiva", que era como un orgasmo extragenital.

Siglo XIX

En 1816, Loyer-Villermay publica su "Tratado de las enfermedades nerviosas y vaporosas y particularmente de la histeria y de la hipocondría", que parece más obra del 1500 que de 1816. Este tratado ejerció una nefasta influencia entre los médicos del siglo XIX, pues en él se vuelve a caer en el erro de los médicos griegos Galeno e Hipócrates al sostener la existencia del esperma en la mujer y a admitir como etiología de la histeria el desplazamiento del útero y la producción de vapores tóxicos. Loyer-Villermay volvió a llevar la atención a lo genital y somático. Presentaba la histeria como una afección vergonzante y las histéricas como objeto de piedad, negando encarnizadamente la existencia de la histeria masculina.

En el siglo XIX se debatía la privación o el exceso de sexo es la causa de la histeria o si, por el contrario, es la masturbación. Se aconsejaba a las mujeres jóvenes que se casaran temprano. Los médicos suponían que las máquinas de coser, especialmente las de dos pedales, eran un medio de masturbación de las mujeres, así como la bicicleta.

En el año 1862, Jean-Martin Charcot (1825-1893) se hace cargo del mayor manicomio parisino, el Salpêtrière. Hasta los estudios de Charcot y, posteriormente, el descubrimiento de Freud, nadie sabía qué era la histeria. Sus síntomas parecían ser la caricatura de cualquier enfermedad, de ahí que se calificara la histeria de perfecta simuladora. Charcot logra que la histeria sea reconocida como una enfermedad. Charcot saca al paciente histérico de la psiquiatría y la histeria queda inscrita en el campo de la neurosis. Charcot consideraba que había que "liberar a estos enfermos de la reputación infundada que se les ha impuesto durante tanto tiempo".

Charcot comenzó a utilizar el hipnotismo, practicado por el cirujano británico James Braid (1795-1860), que fue quien introdujo el término. Charcot intentó reproducir artificialmente las parálisis surgidas después de los traumas aplicando el hipnotismo de Braid. Así llegó a demostrar que tales parálisis eran consecuencias de representaciones, dominantes en el psiquismo del enfermo en momentos en que este se hallaba en un estado de especial disposición. Así, por primera vez, Charcot demostró cuál era el mecanismo histérico de la conversión. Quedaba de esta manera demostrado que el psiquismo podía provocar los síntomas de una afección aparentemente orgánica. Para Charcot, la histeria "es psíquica por excelencia".

«Si las emociones la determinan, si la sugestión puede provocar o suprimir fenómenos histéricos, si el aislamiento y la terapéutica moral ejerce una feliz influencia sobre sus manifestaciones, en una palabra, puesto que aparece y desaparece por razones psíquicas, lógico es considerarla como una enfermedad psíquica.»

En 1889, Pierre Janet (1859-1947), filósofo, psicólogo y neurólogo francés, es invitado a trabajar con el neurólogo Jean-Martin Charcot en la Salpêtrière. Charcot utilizaba la hipnosis en el estudio de la histeria. Vislumbrando el potencial de Janet, Charcot le encargó la apertura de un laboratorio de psicología experimental en el manicomio, donde Janet inició sus estudios de medicina y más tarde expuso una clasificación de las diversas formas de histeria, la cual define como un producto de "sugestión psicológica" (de la misma forma que la hipnosis). Su investigación sobre el hipnotismo le llevó a valorar los recuerdos traumáticos inconscientes. Charcot ya había vislumbrado el valor de estos recuerdos olvidados. Pierre Janet desarrolló su tesis sobre las ideas fijas inconscientes, causantes de los trastornos histéricos, pero las atribuía a la herencia y a la debilidad congénita asociada a alteraciones degenerativas.

Basándose en las contribuciones de Charcot, años más tarde Pierre Janet (1859-1947), Josef Breuer (1842-1925) y Sigmund Freud (1856-1939) desarrollaron sus teorías de la neurosis.

Teoría psicoanalítica de Sigmund Freud

Freud partió de la idea de que los síntomas se originaban y tomaban su sentido en el inconsciente de los enfermos. Estudiando con Breuer (1895) a una enferma, a la que este último curaba periódicamente de sus síntomas

por medio de una "ab-reacción" emocional (catarsis o liberación de lo reprimido), por la evocación de sus recuerdos, concibió la idea de la represión, de su origen sexual, y de la importancia de la transferencia afectiva en la terapéutica. La histeria entraba, de este modo, en la nueva fase de estudios que han permitido captar su contenido.

Sigmund Freud y Josef Breuer publicaron *Estudios sobre la histeria* (1895), en la que relatan sus experiencias con el método catártico o *cura por la palabra* aplicado por Breuer. Pero el tema sexual no asume en aquella época el papel preponderante que adquirirá en las investigaciones de Freud. Cuando, por último, aparece el tema sexual asociado al concepto psíquico de la histeria, es cuando Josef Breuer no lo soporta y rompe la colaboración posterior con Freud, que prosigue en solitario sus investigaciones.

La histeria fue el trastorno central que llevó a Freud a formular la teoría psicoanalítica, basada en la teoría de la conservación de la energía, según la cual la emoción que no podía expresarse psíquicamente se descargaba a través de síntomas somáticos. Más tarde, Freud vio el origen del conflicto psíquico y del deseo inconsciente, tanto en las histerias de conversión como las disociativas, en el complejo de Edipo no resuelto, conflicto que provoca la necesariarepresión de los impulsos sexuales. La base del trastorno histérico de conversión sería debido a los mecanismos de la represión y la disociación sería la base de la histeria de tipo disociativo. La conversión somática se realiza mediante la significación simbólica (*Vorstellung*) que desplaza el impulso libidinoso a un órgano que queda así erotizado.

LA HISTERIA, FUNDADORA DEL PSICOANÁLISIS

En el siglo XVII, René Descartes (Renatus Cartesius, 1596-1650), filósofo, matemático y físico francés, sentó las bases para el racionalismo moderno del siglo XVI y para la revolución científica con su paradigma científico-racionalista que subyace a la moderna medicina: el dualismo sustancial entre alma (*res cogitans*, el pensamiento) y cuerpo (*res extensa*, la extensión. El animal es una "máquina" y no un cuerpo desprovisto de alma. Sus descripciones convirtieron eficazmente al cuerpo humano en un mecanismo de relojería. Estableció una nueva distancia no sólo entre alma y cuerpo, sino también entre la queja del paciente y las observaciones del médico.

El edificio teórico del psicoanálisis está construido sobre una enfermedad que estaba en descrédito en el ámbito de la epistemología científica de la época. La plasticidad de este trastorno psíquico, escurridizo y camaleónico era la causa del rechazo por parte de la psiquiatría y la psicología basada en el cientificismo. Explicar el psiquismo sano basándose en la interpretación de manifestaciones inconscientes, cuya veracidad no era contrastable, estaba en desacuerdo con los criterios científicistas de la medicina.

En una carta que Freud escribe a su amigo Wilhelm Fliess (1858-1928), el verano de 1897, Freud le confiesa con contenido pesar el gran secreto que en el curso de los últimos meses se le ha ido revelando: ya no cree lo que

los relatos de sus neuróticos. Los traumas que refieren que han sufrido en su biografía real son producto de sus fantasías y debe ser puesto en cuestión. A Freud se le viene abajo todo su entramado teórico, pero en vez de dejarse llevar por el desaliento, busca una explicación que le permitirá poner las bases de una teoría propiamente psicoanalítica. Freud interpreta estos "falsos" relatos de sus pacientes como "fantasías inconscientes" que forman parte de lo que llamará "realidad psíquica", una realidad que no depende de la realidad exterior y que tiene que ver con la sexualidad infantil.

Tras esbozar su primera teoría del trauma como origen de la histeria, Freud pensó que no era posible que existieran tantos padres perversos que causaran tantos traumas sexuales a sus hijos. Al describir que las narraciones de sus pacientes eran producto de sus fantasías, no las dio por falsas o como intentos de engañar al médico, sino que llegó a la conclusión de que no es posible distinguir la verdad de una ficción que es producto de una enorme carga afectiva y emocional. La "realidad psíquica" que manifiestan las "fantasías inconscientes" será ahora el objeto de estudio y la base para una "psicología profunda" que reclama un puesto dentro de la jerarquía de las "ciencias humanas".

Freud seguirá desde ahora un nuevo camino y la histeria seguirá siendo la compañera privilegiada que marcará el destino del pensamiento psicoanalítico. Lejos de desfallecer o de sentirse engañado por sus pacientes, Freud pone desde ahora más atención al discurso neurótico, descubre que este discurso habla otro lenguaje, el lenguaje del inconsciente y que aprender a "escuchar" al paciente le puede conducir al origen de la dolencia histérica. Freud aceptó que no le quedaba más remedio que callar y limitarse a escuchar en silencio el discurso de la histeria. Freud escuchó a los pacientes histéricos y ellos le enseñaron a callar y no imponerles el "discurso del psicoanalista", a no agobiarles con preguntas, a dejarles hablar libremente, cosa que nunca había podido hacer.

«El provocador cuestionamiento que del saber lleva a cabo la histeria es lo que le confiere su carácter revolucionario, lo que la coloca en los inicios de la revolución psicoanalítica al incitar a la sospecha y al abrir, desde su narración mentirosa, las puertas para la socavación de la credibilidad del discurso de la conciencia y el acceso al inconsciente. La histeria, incómoda y exasperante, acompañará siempre al psicoanálisis en su imparable progreso hacia una irremediable demolición del imperio de la razón ilustrada.» [Javier Ramos García]

La histeria milenaria, perseguida por la ciencia, siempre ha mantenido en jaque a la medicina establecida, señalándole siempre los límites del saber y la insuficiencia de sus discursos "científicos". La ciencia no la pudo vencer y terminó desterrándola como entidad conceptual de las nosografías oficiales a finales del siglo XX y comienzos del XXI. Desde la publicación del DSM-III en 1980, el término "histeria" desaparece como enfermedad propia y queda oficialmente reducida a un "trastorno por conversión".

Freud ve que la ciencia es incapaz explicar los fenómenos psicológicos inconscientes ni la sexualidad infantil. Frente a las ciencias del espíritu, basadas en un "yo conscientes y dueño de sus actos", Freud proclama que el "sujeto moral" no es dueño de su destino, el yo no es dueño en su propia casa ("das Ich ist nicht Herr im eigenen Haus"). El psicoanálisis cambia el hasta entonces objeto de la psicología científica: la conciencia. El psicoanálisis se libera de la hegemonía de la conciencia.

Freud escucha las narraciones de sus pacientes neuróticos para explicar el psiquismo normal ("la histeria normal"), aunque sea difícil deslindar la neurosis patológica de la neurosis normal. Pero será la histeria la que le conducirá a una explicación del aparato psíquico libre de patología. Comprender la patología es el primer paso para comprender los entresijos del aparato psíquico normal. El dolor histérico elevado a categoría humana.

«La histeria, tan antigua como el hombre, es una recuperadora, al alumbrar el nacimiento del movimiento psicoanalítico, de gran parte de aquello que el pensamiento ilustrado, en su intento de liberar al hombre, pretendió eliminar. Cuestión paradójica, ya que Freud pudo ser un hijo no esperado, quizás un hijo díscolo, pero al fin, un hijo, sin duda, de la Ilustración. Si el proyecto ilustrado pretendió instaurar el imperio de la razón resolviendo y disolviendo el problema de oscuras o divinas fuerzas sobrenaturales que impedían la libertad del individuo, el psicoanálisis, por el contrario, apeló al inconsciente indomable e irracional y construyó un mito laico para fundamentar las estructuras psíquicas que explican y rigen nuestros destinos.» [Javier Ramos García]

EL OBJETO ESPECÍFICO DEL PSICOANÁLISIS

La teoría y el método psicoanalítico han transformado a la antigua psiquiatría descriptiva, estática, en una ciencia dinámica o psiquiatría interpretativa, al integrarse en ella.

Freud considera lo psíquico como función de lo orgánico, con lo cual evita tanto el paralelismo alma-cuerpo y materia-espíritu como la interacción, que implicaría una concepción dualista. La concepción funcional y monista integra todos los factores. Lo funcional es lo que sirve para desarrollar las potencialidades.

«Freud hizo época en la psiquiatría con su nuevo ensayo de comprensión psicológica. Apareció en un momento en que lo psíquico se tornó otra vez visible, después de haberse considerado, a lo largo de decenios, casi exclusivamente los contenidos racionales del hombre, sus síntomas objetivos, y lo neurológico. [...]

Freud no sitúa lo teórico en el primer plano, sino que mantiene sus representaciones teóricas fluidas apoyándose, por el contrario, en la experiencia, que es su única fuente, y no admitiendo, por tal razón, un sistema teórico fijo. [...]

El surgimiento de la doctrina freudiana se debió a una necesidad intrínseca de las tendencias contemporáneas; nuestra época, superando a la psicología y psiquiatría clásicas, rutinarias y mecanicistas, concentradas solamente en pormenores, reclamaba un conocimiento más profundo y más sintético de la vida anímica del hombre.» [Karl Jaspers: *Allgemeine Psychopathologie*, 1913]

EL DESCUBRIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS POR SIGMUND FREUD

Cuenta Sigmund Freud en su *Autobiografía* que en ningún momento sentía una inclinación especial por la profesión de médico, su curiosidad se dirigía más a los asuntos humanos que a la naturaleza: “me impulsaba antes bien una especie de curiosidad, dirigida más hacia el género humano que a los objetos naturales”. Freud vaciló entre estudiar leyes o ciencias naturales, aunque su buen manejo del lenguaje y su preferencia por la historia general de la humanidad parecían encauzarle hacia las ciencias humanas o “ciencias del espíritu”.

Pero próximo ya el fin de su bachillerato, se decidió por la medicina, renunciando a sus fantasías infantiles de ser general como Alejandro Magno o Napoleón, y a sus sueños adolescentes de estudiar derecho para dedicarse a la política y llegar a ser ministro, o bien militar en un movimiento de oposición de orientación socialista. La resolución de estudiar medicina aparentemente la tomó al escuchar en una clase el fragmento *La Naturaleza*, que comienza así:

«¡Naturaleza!, estamos rodeados y abrazados por ella, sin poder salir y sin poder entrar en ella. [...] Vivimos en el centro de ella y le somos extraños. Nos habla ininterrumpidamente y no nos delata su secreto. Permanentemente actuamos sobre ella, pero no podemos cambiarla.»

Es un fragmento literario de un ensayo escrito por el traductor y párroco suizo Georg Christoph Tobler alrededor de 1783 y publicado en 1884 en el número 32 del *Tiefurter Journal*. Repetidamente se asignó su autoría a Johann Wolfgang von Goethe lo que él más bien tiende a desmentir.

ESTUDIANTE DE MEDICINA

En 1873 Sigmund Freud se inscribía como estudiante de medicina en la Universidad de Viena con la meta de convertirse en investigador. Siendo un joven estudiante universitario comenzó a colaborar en el Instituto de Anatomía Comparada, dirigido por el darwiniano Carl Claus. Luego trabajó seis años (1876-1882) en los laboratorios de fisiología de Brücke en el que realizó brillantes trabajos de investigación sobre la histología del sistema nervioso. Ernest Brücke, su gran maestro, pertenecía a la escuela de Helmholtz, ese renacentista del siglo XIX, heredero de la Ilustración e innovador en tan diversos campos como la termodinámica, la óptica, la física y la química. Brücke fue para Freud la autoridad científica por la cual sintió siempre un mayor reconocimiento. Durante los seis años en los laboratorios de Brücke, Freud fue impregnándose de su filosofía positivista contraria a

toda posición teológica, metafísica o romántica con respecto a la naturaleza en general y a la humana en particular: la vida es equiparable a movimientos de la materia y la energía.

COMIENZOS COMO INVESTIGADOR

Freud investigó en el laboratorio de Brücke y escribió diversos trabajos científicos que culminaron en su ambicioso *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895). Esta obra fue desestimada por Freud cuando comenzó su nueva etapa con los *Estudios sobre la histeria* (1895), en colaboración con Josef Breuer.

En 1882, cuando contaba veintiséis años, al terminar sus estudios médicos, ingresó en el Hospital General de Viena y se incorporó como aspirante al Departamento de psiquiatría, dirigido por Theodore Meynert, quien le propuso dedicarse a la anatomía cerebral y que, además, asumiera las labores de conferenciante. Freud rechazó la propuesta de Meynert decepcionado por la insuficiencia terapéutica y el conocimiento técnico de aquella época, que se revelaba en la impotencia y el desconcierto ante las neurosis. Prefirió seguir investigando sobre enfermedades orgánicas del sistema nervioso.

En el laboratorio de Brücke, Freud ya había conocido al prestigioso médico clínico y fisiólogo Joseph Breuer (1842–1925), con el que entabló una gran amistad y con el que comenzó una colaboración que se extendería hasta la publicación conjunta de los *Estudios sobre la histeria* (1895). Breuer fue el creador del método catártico para el tratamiento de la psicopatología de la histeria. En 1882, Breuer le confía el relato de una experiencia terapéutica con una joven paciente afectada de histeria que le inquietaba enormemente.

FREUD ASISTE A LAS CLASES DE JEAN-MARTIN CHARCOT EN PARÍS

Un día Freud oyó hablar de las experiencias que realizaba en París el neurólogo y profesor de anatomía patológica Jean-Martin Charcot (1825-1893). Inmediatamente se trazó un plan de acción. Primero logró un nombramiento de conferenciante de enfermedades nerviosas en Viena. En 1885 con 29 años, fue designado profesor adjunto de neuropatología, cargo que logró merced a sus publicaciones clínicas e histológicas sobre el sistema nervioso. Posteriormente, con el apoyo de Brücke, obtuvo una beca que le permitió salir para París en otoño del mismo año.

Con el caso clínico de la paciente de Breuer en su mente, y con el deseo de dilucidar muchas incógnitas que esta le suscitaba, viaja a París para asistir a las clases y a los trabajos experimentales que el profesor de psiquiatría, Jean-Martin Charcot, desarrollaba sobre la histeria en el hospital de la Salpêtrière. Por primera vez en su actividad médica se halló en un ambiente científico en el que no se rechaza de entrada y despectivamente a la histeria, considerada hasta entonces tan solo como simulación. Charcot había rescatado a la histeria de su pasado estigmatizado y la había reivindicado como una auténtica enfermedad, no exclusiva de las mujeres

como se creía hasta entonces. Charcot había llegado a demostrar que la crisis histérica y otros síntomas eran consecuencia de agudos trastornos internos y que debían ser interpretados como buscando sus causas psíquicas. Esta posición científica impresionó grandemente al joven médico Freud. Esta experiencia en París le abrió un nuevo campo de ideas y le permitió orientarse cada vez más al estudio de las neurosis.

Lo que más impresionó a Freud en la Salpêtrière de París fue el hecho de que las experiencias que Charcot realizaba, aplicando el método de la hipnosis para curar las histerias, probaban plenamente la legitimidad de los fenómenos histéricos, no solo en las mujeres, sino también en los hombres, y que la aparición de parálisis y contracturas por sugestión hipnótica tuvieran las mismas características que presentaban espontáneamente los enfermos de esta afección.

A Charcot se debe no solo que la histeria fuera considerada una enfermedad real, sino que estableció que los fenómenos neuróticos estaban regidos por leyes. Pero Charcot creyó que la histeria tenía como única causa la herencia y que, por lo tanto, era una degeneración. Intentó demostrar mediante la hipnosis que las parálisis histéricas eran consecuencia de imágenes cerebrales.

«Algunas de las demostraciones de Charcot despertaron al principio en mí, como en otros de los asistentes, cierta extrañeza y una tendencia a la contradicción, que intentábamos apoyar en una de las teorías por entonces dominantes. El maestro discutía siempre nuestras objeciones con tanta paciencia y amabilidad como decisión, y en una de estas discusiones pronunció la frase *mais ça n'empêche pas d'exister*, para mí inolvidable.» [Freud, Sigmund: *Autobiografía* (1925)]

Freud se refiere a una ocasión en la que un asistente a las clases de Charcot puso en duda una observación de Charcot alegando que contradecía la teoría de Young-Helmholtz, a lo que Charcot contestó: *La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister* (la teoría está bien, pero eso no impide que las cosas sean como son). Era una cita favorita de Freud, quien la repite, entre otros lugares.

La visita a París fue el momento decisivo de la vida de Freud. Hasta entonces se había ocupado principalmente de la histología o la anatomía del sistema nervioso. En lo sucesivo se movería con decisión cada vez mayor por la vía de la psicopatología. Charcot rechazaba el diagnóstico tradicional de la histeria, que se remontaba a la Antigüedad y que atribuía la enfermedad bien a la imaginación, bien a una irritación de la matriz o útero (del griego ὑστέρα *hystéra* = 'útero').

En su nota necrológica de Charcot en 1893, Freud denuncia "el enfoque exclusivamente nosográfico de la escuela de la Salpêtrière, inadecuado para un tema de orden puramente psicológico". Durante algunos años que siguieron, se mueve entre el respeto formal a lo aprendido con Charcot (aplicación del hipnotismo al tratamiento de la histeria) y la concepción

fisiopatológica de los fenómenos histéricos. Hasta que retomó las investigaciones “catárticas” de Breuer.

VUELTA A VIENA TRAS SU ESTANCIA EN PARÍS

A su regreso de París en 1886, Freud puso un consultorio de enfermedades nerviosas, de las cuales la histeria era una de las más importantes. Comenzó aplicando los métodos físicos de tratamiento al uso (hidroterapia, electroterapia, masaje). Le causó viva impresión el fracaso del método del neurólogo alemán Wilhelm Heinrich Erb (1840-1921), que aplicaba a sus enfermos la electroterapia.

Dice Freud en su *Autobiografía* que desgraciadamente era tarde cuando se dio cuenta de que esa serie de conocimientos no eran resultado de estudios serios, sino solo una construcción de la fantasía, y que cuando se obtenía una curación, era en realidad tan solo la expresión de la sugestión que ejercían sobre el enfermo tanto el médico como el aparato.

VERANO DE 1889 EN NANCY – LA ESCUELA DE NANCY (FRANCIA)

Ante la ineficacia de la electroterapia para tratar las enfermedades nerviosas, Freud inició la búsqueda de un procedimiento sustitutivo, y recordó que en París Jean-Martin Charcot recurría al hipnotismo como medio para provocar síntomas. Supo entonces que, en la ciudad Nancy (Francia), Liebault recurría con bastante éxito a la sugestión para curar enfermedades, sin llegar en todos los casos al estado hipnótico.

Durante su primera etapa profesional como neurólogo y después de abandonar la electroterapia de Wilhelm Heinrich Erb (1840-1921), Freud empleó la sugestión como su principal instrumento de trabajo, método que no le satisfacía totalmente ya que no lograba sumir en el sueño hipnótico a sus pacientes. Con el fin de perfeccionar su técnica hipnótica pasó todo el verano de 1889, cuando ya tenía 33 años, en la ciudad de Nancy, donde tuvo ocasión de presenciar los trabajos de Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904), fundador de la Escuela de Nancy, dedicada al estudio de la sugestión hipnótica. Liébeault trataba a mujeres y niños de la clase obrera de la zona. La Escuela de Nancy era una escuela francesa de psicoterapia centrada en la hipnosis. Fundada por Ambroise-Auguste Liébeault en 1866, en Nancy, pudo obtener la colaboración y el apoyo de Hippolyte Bernheim (1840-1919), otro médico de Nancy que desarrolló aún más los pensamientos y prácticas de Liébeault para formar lo que se conoce como la Escuela de Nancy. La Escuela de Nancy era antagónica de la Escuela de París de Jean-Martin Charcot en el Hospital Salpêtrière.

La Escuela de París caracterizaba la hipnosis como algo patológico, una condición morbosa que forma parte de la histeria. Por el contrario, la Escuela de Nancy mantenía que la hipnosis es un sueño ordinario inducido por una sugestibilidad muy acentuada. Para la Escuela de Nancy, la hipnosis es una dimensión fundamental de todo ser humano. Para Bernheim, la hipnosis es un caso especial de sugestión normal, un rasgo de la conducta humana.

Para la Escuela de París, para Charcot, la hipnosis no es más que una especie de apéndice de la histeria, una histeria artificial. Charcot asimilaba la hipnosis a un estado patológico y no se servía de ella como medio terapéutico, sino para provocar crisis convulsivas y dar un estatuto de neurosis a la histeria. Bernheim acusó al maestro de la Salpêtrière de fabricar artificialmente síntomas histéricos, y de manipular a las enfermas.

Lo que más le impresionó a Freud en el tratamiento que se hacía de la hipnosis en la Escuela de Nancy fue la doble experiencia de Bernheim: la ejecución post-hipnótica de una orden: "Ahora despertará usted y dentro de tres minutos se pondrá el sombrero que está colgado en la percha". Vuelto al estado de vigilia, el sujeto sometido a la hipnosis se levanta, va al perchero y se pone el sombrero. Si se le pregunta por qué lo ha hecho, no dice que sintió un impulso especial a hacerlo, sino que dice cualquier cosa que pueda parecer lógica, como que tenía que salir o que quería comprobar si el sombrero era el suyo. Se conoce este fenómeno como experiencia "A" de Bernheim: el paciente lleva a cabo una acción sin conocer las causas que lo impulsaron, y cuando se le pide una justificación de su conducta, mente sin saber que está mintiendo. Trata de dar una explicación acorde con el medio ambiente y parezca racional. Este fenómeno se llamó después en el psicoanálisis *racionalización*: dar una razón más o menos coherente a un acto volitivo.

Freud observó que Bernheim hipnotizaba, sobre todo, a personas sanas, lo que le permitió inferir que las personas pueden obrar por motivos que no son los que proclaman conscientemente. La experiencia "A" de Bernheim venía a confirmar la filosofía que ya había preparado la derrota del libre albedrío.

Pero más importante para Freud fue la experiencia "B" de Bernheim. El hipnotizador pregunta con firmeza al hipnotizado, después de haber cumplido la orden y haberse puesto un sombrero que no es el suyo: "¿Está usted seguro de que ese sombrero es suyo? ¿Por qué se lo ha puesto? -No recuerdo. -Sí... Usted lo tiene que saber... Piense bien..." Tras mucha insistencia, el hipnotizado se acuerda y dice: "Me puse el sombrero porque usted me lo ordenó". Es posible, pues, que, en un instante dado, lo que no era consciente se vuelva consciente y entre en el campo de la conciencia.

En París, Freud había aprendido que se podía utilizar el estado hipnótico para producir artificialmente un síntoma histérico. Ahora en Nancy comprobó que, sin emplear el hipnotismo y solo por medio de la persuasión y de la insistencia, se podía retrotraer el síntoma a las representaciones y afectos que lo causaban.

REGRESO A VIENA Y COLABORACIÓN CON BREUER

Tras su vuelta a Viena, Freud recordó el caso que el doctor Breuer le había comentado de una paciente histérica que había reaccionado ante una técnica especial y se puso en contacto con él, pidiéndole que le ampliara los datos que le había suministrado anteriormente.

Se trataba de una joven de educación y dotes poco corrientes. Se llamada Bertha Pappenheim y pasaría a la historia con el nombre de Anna O., que había enfermado mientras cuidaba a su padre, por quien sentía gran afecto. Cuando Breuer estudió el caso, la enferma presentaba un cuadro clínico variado de contracturas, inhibición y un estado de compulsión mental. La joven salía de su estado nebuloso de conciencia cuando se la inducía a que expresara verbalmente el estado afectivo que la dominaba. Merced a esta comprobación, Breuer logró un nuevo método de tratamiento: el método catártico. Anna O. fue la primera paciente tratada con el método catártico creado por Joseph Breuer, método que a la larga se convertiría en el precursor del psicoanálisis

La joven paciente desplegaba una gran riqueza de material verbal hurgando en la rememoración de acontecimientos y vivencias vinculadas a la aparición de sus múltiples síntomas histéricos. En estado de vigilia la joven no se hallaba mejor capacitada que otros enfermos para describir cómo habían surgido los síntomas, no podía descubrir relaciones entre ellos y los diversos acontecimientos de su vida. Pero en el estado hipnótico revelaba inmediatamente esa oculta relación. Decía que sus síntomas se presentaron en un periodo de honda emoción, durante la enfermedad de su padre, lo cual revelaba que tenían un significado y eran residuos o reminiscencias de situaciones emotivas. Cuando la paciente recordaba una situación de este tipo en forma alucinatoria y llegaba a expresar libremente, en estado de hipnosis, el acto que originariamente había reprimido, el síntoma desaparecía. Al cabo de un periodo de tiempo, Breuer logró hacer desaparecer casi todas las manifestaciones somáticas de la paciente. Breuer utilizaba la hipnosis de una manera distinta a la empleada hasta entonces: consistía en sugestionar al enfermo contra sus síntomas. Este método *catártico* era utilizado por Breuer para descubrir los sucesos que habían causado el síntoma.

Al relatar el caso, Freud dice que casi siempre se trataba de pensamientos o impulsos que la paciente había tenido que reprimir mientras se hallaba al lado del padre enfermo, y en lugar de ellos, más tarde, se habían presentado como sustitutos los síntomas que la aquejaban. Freud comenzó a investigar entre sus propios pacientes para ver si presentaban las mismas situaciones y si la sintomatología se modificaba por el mismo método.

En 1893 Freud y Breuer anticipan su posición y sus hipótesis publicando la Comunicación preliminar *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. El 21 de mayo de 1894 le escribe a su amigo Fliess. "Tengo la impresión de haber dado con uno de los grandes misterios de la naturaleza". Posteriormente va a constituir el primer capítulo de los *Estudios sobre la histeria* de 1895. La idea central de la Comunicación preliminar es el sentido simbólico del síntoma histérico, provocado por el recuerdo de un suceso traumático, que actúa como núcleo patógeno a la manera de un cuerpo extraño, permaneciendo ausente de la memoria del sujeto. El histérico sufre, así, por sus reminiscencias, por recuerdos alejados de su conciencia.

Esta obra no pretendía aclarar o establecer la naturaleza de la histeria, sino tan solo demostrar o esclarecer el origen de los síntomas, señalando la importancia emocional y la necesidad de considerar, dentro del psiquismo, dos zonas: una consciente y otra inconsciente. Con ello introducía un nuevo planteamiento revolucionario al incorporar dos nuevos factores en el concepto etiológico de la histeria: el dinámico, que considera que el síntoma proviene de la represión de un impulso o afecto, y el económico, que presenta el síntoma como un equivalente o sustituto de esa energía que pudo haberse expresado de otra forma.

DE LA CATARSIS A LA "CURA POR LA PALABRA"

El síntoma es el equivalente de la energía que, de haberse expresado directamente, sin represión, no hubiera dado lugar a tal manifestación. Si la fuerza del impulso no puede expresarse en forma directa, necesita crear otros medios para descargar la energía, dando lugar al síntoma. Con el método *catártico* el síntoma puede desaparecer rápidamente, pero sin llevar a la cura total, pues el síntoma puede volver a surgir en otro lugar y sin vinculación aparente. El nuevo síntoma es equivalente al que desapareció. Es lo que el psicoanálisis llamó más tarde *Symptomverschiebung* (desplazamiento del síntoma). Es decir, cuando no se ha descubierto el origen directo del síntoma, sino que solo se ha hecho desaparecer el síntoma, este se desplaza o busca otra forma de manifestación del conflicto originario, dando lugar a un nuevo síntoma que parece no tener relación con el primero.

Fue Anna O. la que describió el procedimiento catártico aplicado por Breuer como *talking cure* (la paciente durante el tratamiento solo podía expresarse en inglés) o como "limpieza de chimenea". Sigmund Freud adoptaría más tarde el término "cura por la palabra" para describir el trabajo fundamental del psicoanálisis: no tomar al paciente como objeto de investigación, sino dejarle hablar, dejarle que se expresa libremente (método de la libre asociación). Breuer afirmaría un cuarto de siglo después que su tratamiento catártico de Bertha Pappenheim contenía "la célula germinal de la totalidad del psicoanálisis".

En el último tercio del siglo xx, una cierta idea de lo inconsciente ya circulaba por diferentes ámbitos del pensamiento europeo, pero por su formación científica, Freud se desmarcó del pensamiento filosófico en muchos aspectos, priorizando siempre la observación rigurosa de lo singular. Su concepción de lo inconsciente, radicalmente diferente de esa noción que circulaba en la filosofía y literatura, nace en la clínica de la aplicación de un método de investigación que es a la vez un método terapéutico. Dicho método tiene sus orígenes en aquel tratamiento catártico tan enigmático para Breuer, pero a la vez tan fecundo en consecuencias.

Pero pasarían varios años hasta que en 1887 dicho procedimiento fue aplicado por Freud a otras pacientes prescindiendo de la hipnosis, sustituida progresivamente por las asociaciones espontáneas ("asociación libre") de

aquellas mujeres sufrientes, inmortalizadas luego en las páginas de sus historiales clínicos.

A lo largo de los años 1892-1896, Freud tiene una intuición cada vez más segura de lo que mueve los síntomas y los comportamientos de los pacientes. Su técnica se depura: abandona la sugestión, después la hipnosis e insiste cada vez más en la relación entre el terapeuta y el paciente. Progresivamente va verificando que sus "observaciones de enfermos pueden leerse como novelas que carecen, por así decir, de ese sello de seriedad propio de los escritos de los científicos".

JOSEF BREUER ROMPE LA COLABORACIÓN CON FREUD

En la teoría del método catártico de Josef Breuer (1842–1925), el tema sexual no tenía un papel preponderante ni aparece como tal en las historias clínicas con que Freud contribuyó con Breuer al estudio de la histeria. Pero, con el correr del tiempo, distintos casos fueron probando la importancia de lo sexual (la *chose génitale* de Charcot). El mismo Freud admite que "habría sido muy difícil adivinar en los estudios sobre la histeria la importancia que el factor sexual tiene en la etiología de las neurosis".

Al principio, las relaciones entre Breuer y Freud fueron cordiales y se desarrollaron dentro de la mayor armonía. Pero la discusión sobre el mecanismo íntimo de la producción de la histeria comenzó a enturbiar la colaboración entre los dos investigadores. Breuer se inclinaba hacia una teoría fisiológica pura: la disociación anímica que presentaban las pacientes histéricas la explicaba como una falta de intercomunicación entre las distintas zonas y estados del cerebro. Según Breuer, durante un estado especial del sujeto se había producido una situación traumática que, al ser anulada, quedaba enquistada, no pudiendo tomar contacto con las otras zonas del cerebro.

Freud trató de conciliar sus ideas con las de Breuer, pero veía que había otros elementos que tenían suma importancia, como el factor emocional. Freud sospechaba que existían inclinaciones, deseos e impulsos directos que eran muy semejantes a los de la vida diaria. Para Freud, lo que actuaba y era origen de esa disociación de que habla Breuer era, en realidad, el resultado de un proceso de rechazo, de repulsa, que primero llamó *mecanismo de defensa* y luego llevó al concepto psicoanalítico de *represión* (Verdrängung), expulsión o remoción fuera del ámbito de la conciencia de sentimientos o vivencias traumáticas o desagradables. Esto era lo que producía las disociaciones, las amnesias y los demás síntomas.

Freud, pese a su esfuerzo, no pudo conciliar más sus teorías con las de Breuer y, poco a poco, los dos fueron dejando de colaborar. Pero la desvinculación definitiva entre ambos fue debida a un hecho que durante mucho tiempo fue un misterio para Freud. Parece que Breuer sufrió un verdadero trauma durante el tratamiento de su famosa enferma cuando esta le hizo una escena amorosa que él recordaba siempre con desagrado. De modo que, cuando Freud insinuaba que "lo sexual" tenía importancia dentro

de la etiología de la histeria, Breuer revivía aquella situación traumática y rechazaba de plano la teoría de Freud sobre el componente sexual en la histeria. Breuer no supo manejar eso que más tarde se conocerá en la terapia psicoanalítica como "transferencia" (ideas o sentimientos derivados de una situación anterior, que el paciente proyecta sobre su analista durante el tratamiento, del que es parte esencial).

Freud continuó solo sus estudios y fue modificando el método catártico de Breuer, desarrollando el de la "cura por la palabra" o método de la "asociación libre".

TOUJOURS LA CHOSE GÉNITALE (JEAN-MARTIN CHARCOT)

Freud escribió *Estudios sobre la histeria* (1895) en colaboración con Breuer. Este trabajo puso punto final a la colaboración científica con Breuer, puesto que este se negó a suscribir la tesis de Freud acerca de la etiología sexual de la histeria. Poco a poco, Freud amplió esta concepción a otros trastornos neuróticos según fue encontrando en la mayoría de los enfermos perturbaciones de índole sexual. Para ello tuvo que vencer un obstáculo importante: "la infinita hipocresía con la que se encubre todo lo referente a la sexualidad", además de perder gran parte de su clientela.

En 1913, varios discípulos de Freud, entre ellos su estrecho colaborador y "discípulo predilecto", el suizo Carl Gustav Jung (1875-1961), dejaron de colaborar con Freud (son los disidentes). Las discrepancias conceptuales con Jung estaban centradas fundamentalmente en las teorías de la libido, el incesto, la energía psíquica y la naturaleza del inconsciente.

Para Freud la energía libidinal está vinculada a las pulsiones y a su carácter eminentemente sexual como meta primaria. Para Jung la energía libidinal está vinculada a una energía mental indeterminada que mueve el desarrollo personal general de un individuo. Para Freud, la *libido* tiene origen somático y es reconducida al yo desde numerosas partes del cuerpo. Para C. G. Jung, la vida es, fundamentalmente, *productiva, creadora*. En este punto está la divergencia capital con Sigmund Freud que no reconoce, según Jung, el papel básico de la creatividad en la vida humana. Para Jung, el hombre ha de manejarse no solo con sus defensas y represiones, sino que al mismo tiempo persigue la realización de potencialidades.

En este contexto hay que interpretar lo que Freud cuenta en su *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*, publicada en 1914, poco después de la ruptura con C. G. Jung. En este escrito, Freud relata las circunstancias que lo llevaron a la invención del psicoanálisis y al descubrimiento del origen sexual de las neurosis. Freud habla de cómo este descubrimiento tuvo que sortear los prejuicios de la sociedad de su tiempo.

Entre los precedentes inmediatos de su tesis sobre el origen sexual de la histeria, Freud menciona a Breuer, a Charcot y al ginecólogo Chrobak, tres eminencias que le habían manifestado de forma privada algo que jamás reconocerían públicamente por hipocresía y por miedo a la reacción de la

medicina oficial, que no admitía que en el origen de la neurosis el factor sexual desempeña un papel fundamental.

«Frente a la mala acogida que mi tesis sobre la etiología sexual de las neurosis halló aun en el círculo íntimo de mis amigos -pronto se hizo el vacío en torno de mi persona-, me sirvió de consuelo pensar que había empeñado batalla en favor de una idea nueva y original. Pero es el caso que un día se agolparon en mí ciertos recuerdos que me estorbaron esa satisfacción y me abrieron una buena perspectiva sobre los procesos de nuestra actividad creadora y la naturaleza de nuestro saber. Esa idea, por la que se me había hecho responsable, en modo alguno se había engendrado en mí. Me había sido transmitida por tres personas cuya opinión reclamaba con justicia mi más profundo respeto: Breuer mismo, Charcot y el ginecólogo de nuestra universidad, Chrobak, quizás el más eminente de nuestros médicos de Viena. Los tres me habían transmitido una intelección que, en todo rigor, ellos mismos no poseían. Dos de ellos desmintieron su comunicación cuando más tarde se las recordé; el tercero (el maestro Charcot) probablemente habría hecho lo propio de haber podido yo volverlo a ver. En mí, en cambio, esas tres comunicaciones idénticas, que recibí sin comprender, quedaron dormidas durante años, hasta que un día despertaron como un conocimiento en apariencia original.

Un día, siendo yo un joven médico de hospital, acompañaba a Breuer en un paseo por la ciudad; en eso se le acercó un hombre que quería hablarle con urgencia. Permanecí apartado; cuando Breuer quedó libre, me comunicó, con su manera de enseñanza amistosa: ese era el marido de una paciente que le traía noticias de ella. La mujer, agregó, se comportaba en reuniones sociales de un modo tan llamativo que se la habían enviado para que la tratase por nerviosa. Son siempre secretos de alcoba, concluyó Breuer. Atónito, pregunté qué quería decir eso, y él me aclaró la palabra «alcoba» ("el lecho matrimonial") porque no entendía que la cosa pudiera parecerme tan inaudita.

Años después, asistía yo a una de esas veladas que daba Charcot; me encontraba cerca del venerado maestro, a quien Brouardel [P. C. H. Brouardel (1837-1906), profesor de medicina forense], al parecer, contaba una muy interesante historia de la práctica de esa jornada. Oí al comienzo de manera imprecisa, y poco a poco el relato fue cautivando mi atención: Una joven pareja de lejanas tierras del Oriente, la mujer con un padecimiento grave, y el hombre, impotente o del todo inhábil. "*Táchez donc*", oí que Charcot repetía, "*je vous assure, vous y arriverez*" [Empéñese usted. Le aseguro que usted lo conseguirá]. Brouardel, quien hablaba en voz más baja, debió de expresar entonces su asombro por el hecho de que en tales circunstancias se presentaran síntomas como los de la mujer. Y Charcot pronunció de pronto, con brío, estas palabras: "*Mais dans des cas pareils c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours!*". [¡Pero en tales casos siempre es la cosa genital, siempre..., siempre..., siempre!] Y diciéndolo cruzó los brazos sobre el pecho y se cimbró varias veces de pies a cabeza con la vivacidad que le era peculiar. Sé que por un

instante se apoderó de mí un asombro casi paralizante y me dije: Y si él lo sabe, ¿por qué nunca lo dice? Pero esa impresión se me olvidó pronto; la anatomía cerebral y la producción experimental de parálisis histéricas habían absorbido todo mi interés.»

Para el joven Freud, Paul Brouardel (1837-1906), el maestro que revelaba los detalles de la personalidad a partir de indicios recogidos en un cadáver, era quien contaba la anécdota, y el maestro Charcot era quien afirmaba, desde toda su autoridad, aunque en un ambiente informal, aquello que no decía en su cátedra: que había un origen sexual en la etiología de la histeria.

Pero es posible que Freud en 1914, ante el rechazo de su teoría del origen sexual de la histeria por C. G. Jung y otros disidentes, quisiera demostrar que esta teoría no era solo una ocurrencia suya, sino que ya la sostenían sus eminentes maestros, aunque por hipocresía no la manifestaban públicamente. Es ahora cuando él, Freud, se daba cuenta del sentido de aquellos comentarios informales de su maestro Charcot. Freud demostraba así que él no estaba solo con su teoría sobre el origen sexual de la histeria.

Pero la "*la chose génitale*" de que habla Charcot no es lo mismo que el origen sexual de la histeria de que hablaba Freud. La "*la chose génitale*" ya está incluida en la etimología de la palabra "histeria" (del griego ὑστέρα hystéra 'útero') y probablemente Charcot se refiriera a la teoría tradicional de la histeria como un trastorno fisiológico del útero (*chose génitale*) y no, como una pulsión libidinal que tiene que ver con el deseo sexual, tal como Freud la concebía.

La importancia del sexo en la etiología de las neurosis se ha mantenido invariable en la teoría freudiana. Freud nunca abandonó la teoría del trauma como factor desencadenante de las neurosis, pero cada vez fue restándole más importancia al mismo tiempo que acentuaba la idea de que en dichas enfermedades lo importante eran "los propios impulsos primitivos del paciente".

DE LA CATARSIS AL MÉTODO DE LA LIBRE ASOCIACIÓN

Freud era consciente de que sus condiciones como hipnotizador eran bastante mediocres. No conseguía sumir en sueño profundo a sus pacientes, solo conseguía inducirles una hipnosis leve. Comprobó además que los resultados que conseguía con su tratamiento desaparecían de repente si se perturbaba la relación del paciente con el médico, lo que más tarde se descubriría como "transferencia" (sentimiento que el paciente proyecta sobre su analista durante el tratamiento).

Viendo que las reacciones transferenciales de los pacientes no se podían controlar ni estudiar por el mecanismo de la hipnosis, recordó la experiencia "B" de Bernheim que había presenciado en la Escuela de Nancy: el sujeto mentía sin saberlo, pero cuando se le insistía, acababa por recordar la orden hipnótica. Freud pensó que los pacientes no sabían que sabían los que les

había ocurrido, pero si se les persuadía con insistencia, posiblemente recordarían todo. Por este camino orientó su nueva técnica.

En su primera etapa, Freud había usado las descargas eléctricas, luego pasó pronto al método catártico; más tarde, al masaje en la cabeza; luego, a la persuasión y a la sugestión, colocando la mano sobre la frente del paciente y asegurándole que, si pensaba insistentemente, podía recordar lo que había ocurrido. Este fue el método que Freud empleó hasta aproximadamente el fin del siglo XIX. Pero estos métodos le parecían arbitrarios y autoritarios, ya que era el doctor el que decía al paciente lo que sentía o lo que debería sentir. Pero pronto pensó que es el paciente, con todas las dificultades, el único que puede descubrir en su inconsciente lo que le pasa. Es cuando Freud decide dejarle al paciente la iniciativa y que pueda decir cualquier cosa que pase por su mente, sin controlar sus pensamientos. Así es como descubre la técnica de la "libre asociación", que permite al paciente descubrir su inconsciente mientras la conciencia sigue actuando. El *yo* no se anula, como en la hipnosis, permitiendo el estudio de los mecanismos defensivos del mismo, así como todos los procesos de transferencia. En esta época es cuando adquirió importancia el *análisis de los sueños* como la "vía regia" al inconsciente. En 1896, Freud utiliza por primera vez el término psicoanálisis.

Freud siempre reconoció la influencia de Charcot en sus investigaciones sobre la histeria. Freud no dudó en reconocer el avance del estudio de las parálisis histéricas a Charcot, afirmando que es el primero en explicar la enfermedad. Charcot, con su método de la sugestión, había demostrado que "las parálisis eran consecuencia de representaciones que en momentos de particular predisposición habían gobernado el cerebro del enfermo". Y este es el punto desde el que va a partir Freud y desde el que se irá desviando de las teorías de Charcot. Para Freud la histeria está acompañada de perturbaciones psíquicas que tienen que ver con las alteraciones de representaciones e inhibiciones de la actividad voluntaria, y la sofocación de sentimientos. Y resalta la preponderancia de la etiología sexual.

Si bien la parálisis histérica se comporta como las parálisis nerviosas, la diferencia estriba, según Freud, en que su base no es orgánica. Para Charcot, la naturaleza de la lesión de la parálisis histérica obedecía a una lesión cortical dinámica o funcional, pero Freud constata que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. Lo que lleva a Freud a recurrir a la psicología y a explicar la lesión de la parálisis histérica como una alteración de la concepción mental, de la "representación" de la idea de órgano.

Sobre esta base desarrollará la teoría de los afectos: "el valor afectivo que atribuimos a la primera asociación de un objeto repugna hacerlo entrar en asociación nueva con otro objeto y, a consecuencia de ello, vuelve inaccesible a la asociación la idea de ese primer objeto". La parálisis histérica el órgano paralizado está envuelto en una asociación inconsciente,

asociación que desaparece cuando ese valor afectivo se borra. Freud encuentra el origen de la afección en el campo de las representaciones. El paso de la sugestión a la asociación libre de ideas dará origen al psicoanálisis como "ciencia hermenéutica" que comprende la histeria como un discurso.

EL DIAGNÓSTICO DE HISTERIA EN LA ACTUALIDAD

La histeria ha sido un cajón de sastre victoriano, dividido en muchos diagnósticos distintos. La histeria ha sido la "papelera" para explicar fenómenos inexplicables. El Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis comienza en su definición de la histeria de esta manera: "clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados."

La "histeria" siempre ha sido un término peyorativo, por su asociación con las mujeres. El nombre mismo adquirió una connotación misógina. En un solo siglo la neurosis histérica pasó del protagonismo al olvido. La desaparición de la histeria, considerada por muchos como una extravagancia del siglo XIX y tema solo para literatos, se ha venido anunciando desde la década de 1960. Los médicos que trabajan en grandes hospitales, sin embargo, afirman que la histeria nunca ha desaparecido, que lo que ha hecho es solo cambiar de nombre y, a veces, hacerse invisible. Los médicos intentan evitar el diagnóstico de "histérico", por las connotaciones negativas, y emplean nombres insípidos como "funcional", "no orgánico", "psicogénico". Pero la gente sigue enfermando y muchos médicos afirman que los síntomas en sí no han cambiado en la práctica, aunque la epidemiología es nebulosa. Los pacientes histéricos tienen mala fama entre la profesión médica, interiormente muchos médicos están convencidos de que el paciente finge su enfermedad. Lo que se puede afirmar hoy es que los pacientes no fingen la enfermedad.

La tomografía computarizada permite hoy ver las alteraciones de la función cerebral, lo que permite a la ciencia esbozar un mapa físico de lo que podría estar ocurriendo en la mente de los histéricos actuales. Los resultados neurológicos de pacientes con síntomas de conversión parecen indicar que las estructuras emocionales del cerebro pueden modular el funcionamiento de circuitos sensoriales y neuromotores normales.

Parece que partes del cerebro implicadas en la emoción pueden activarse inadecuadamente en pacientes con trastorno por conversión e inhibir el funcionamiento normal del circuito cerebral responsable del movimiento. Algunos neurobiólogos han postulado un defecto biológico en la histeria, pero sin diferenciar entre personalidad histérica, conversión y síntomas disociativos, relacionando todos los síntomas con problemas funcionales a nivel de la formación reticular del tronco del encéfalo. Hoy día es importante distinguir entre conversión e histeria. Son dos fenómenos diferentes, aunque tiendan a confluir en determinados momentos y edades del desarrollo evolutivo.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)

El MDE (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) en inglés, el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association (APA)), es un sistema de clasificación de los trastornos mentales.

Desde la publicación del DSM-III en 1980, el término "histeria" desaparece y se cambia oficialmente el diagnóstico de "neurosis histérica, tipo conversión" por "trastorno por conversión". Se dispersa entre los trastornos somatomorfos: trastorno conversivo, trastornos por estrés postraumático, trastornos disociativos y trastorno histriónico de la personalidad. El DSM-III elimina toda teoría etiológica de la histeria, renuncia a la teoría psicoanalítica, y fragmenta los síntomas en múltiples trastornos que se presentan en ausencia de lesión orgánica.

En el DSM-IV-TR (2000) y la CIE-10 se mantienen estos grupos, pero con la publicación del DSM-5 en 2013 quedan desconfigurados estos grupos. La edición vigente es la quinta, conocida como DSM-5, y se publicó el 18 de mayo del 2013. El DSM-5 recoge las típicas histerias decimonónicas como trastornos de conversión: una transformación del inconsciente en síntomas clínicos neurológicos funcionales (síntomas somáticos) categorizada en muy diversas manifestaciones. Las formas histéricas se dividen en somatoformes (trastorno de somatización y trastorno de conversión) y psicofformes (trastorno disociativo y personalidad límite). En el DSM-5, la histeria clásica tiene su equivalente en la psiquiatría actual en los trastornos somatoformes y los trastornos disociativos, formas diagnósticas ya descritas en el DSM-III-R.

El riesgo de la fragmentación de los síntomas es la dispersión y la falta de una comprensión global del paciente. El DSM 5 se refieren exclusivamente a los síntomas de la enfermedad, a su manifestación y evolución, pero no dice nada de su origen ni de cómo comprender la enfermedad para el sujeto que la está padeciendo. Estos manuales sustituyen el diagnóstico por la enumeración de síndromes y fenómenos que varían según el discurso imperante en determinado tiempo.

«Pero claro, tratar de dar cuenta de una categoría diagnóstica como la histeria mediante una descripción de sus manifestaciones es como perseguir un imposible, la histérica siempre irá un paso por delante, obligando al clasificador a una permanente actualización que apenas se haya establecido quedará obsoleta. Y, sin embargo, la histeria nos presenta unos "invariantes" fundamentales que podemos tener en cuenta de cara a su diagnóstico: en primer lugar, el cuerpo que sufre, después la labilidad de la expresión emocional y, finalmente, la pasión, es decir, la intensidad de las vivencias afectivas.» [Jose M^a García Regidor y Julia Rodríguez: "La histeria como diagnóstico invisible en la actualidad" (2015)]

¿Ha desaparecido la histeria?

En los tiempos de Charcot la "gran histeria" se manifestaba con sus cuatro fases perfectamente delimitadas y evidentes. En la actualidad es raro

encontrar casos de gran histeria, lo que ha llevado a muchos médicos a pensar que esta afección ha desaparecido totalmente. Pero lo que sucede es que la histeria se fue metamorfoseando con el tiempo. La sintomatología se fue modificando en sus aspectos formales. El vocabulario del psiquismo sufrió cambios con el correr de los tiempos, buscó otras formas de expresión, lo mismo que las lenguas. Su lenguaje se hizo más refinado, según el nivel cultural alcanzado en el momento. Los intentos de control por parte de la religión y de la medicina fueron haciendo que la histeria desplazara los síntomas, buscando manifestaciones más acordes con la mentalidad y la cultura, y más aceptables para la sociedad. El lenguaje se rige por la moda. La histeria ahora se "disfraza" mucho mejor y no se descubre tan fácilmente, sobre todo desde que "histeria" e "hipererotismo" son sinónimos. A ello contribuyó también la lucha contra la represión sexual y contra la violencia hacia las mujeres. La lucha por la igualdad entre hombres y mujeres. El liberalismo sexual poco a poco fue conquistando la vida cotidiana. Este liberalismo fomentó una cultura del erotismo que da salida, aunque sea de forma sublimada, a los conflictos que antaño, reprimidos, provocaban la gran histeria que conocieron todavía Charcot y Freud.

«Existe una especie de consenso que indica que la histeria es un trastorno cada vez menos observable en la consulta. En el DSM-IV prácticamente ha desaparecido. Nos preguntamos, ¿ha desaparecido la histeria?, ¿tendrá nuevas expresiones? En la actual época globalizante, el nuevo amo ya no es la ciencia, más bien es la ciencia al servicio de la informática y el mercado. Y lo que los mercados más venden son: el trastorno depresivo, el trastorno ansioso, la bulimia, la anorexia, la fibromialgia, las dificultades sexuales, los trastornos somatoformos y el trastorno de agotamiento. Entonces, la histeria, para desconcierto de la medicina actual, reaparece descuartizada, dramatizando estos múltiples trastornos. La histeria no solo no ha desaparecido, sino que repunta en las consultas, simulando en forma casi perfecta los trastornos más promocionados por el mercado capitalista, para dar potencia al nuevo amo y luego denunciar su impotencia, pues nada las alivia, ya que su problema es, como lo dijo Freud, que su palabra no tiene un destinatario que la descifre.» [Lucio González Ortega]

La histeria como rebelión del sujeto

Algunos movimientos políticos o artísticos han intentado negar las manifestaciones específicas de histeria interpretándolas y exaltándolas como una rebelión del sujeto: por ejemplo, los surrealistas en los años veinte del siglo pasado y algunos movimientos feministas en los setenta. En 1928, los surrealistas André Breton (1896-1966) y Louis Aragon (1897-1982) afirmaban que la histeria no tenía nada de síntoma patológico, sino que es un medio de expresión por excelencia y subrayan su valor creador: es "el mayor descubrimiento poético de finales del siglo XIX".

A finales de los años sesenta del siglo pasado, para el movimiento feminista la histeria no es su forma de expresión sino una rebelión contra la cultura patriarcal y la misoginia de la sociedad machista. En el caso Dora, Freud

mismo fracasó en su intento de terapia por sus prejuicios patriarcales: equiparación de feminidad y servidumbre.

La histeria y los fenómenos socio-culturales

Los fenómenos socio-culturales han influido en la manifestación de la histeria. Aunque las manifestaciones clínicas de la histeria son diferentes en cada tiempo, la medicina puede constatar que la histeria estuvo, y sigue estando ahí como siempre. El cine y la televisión se encargan de recordárnoslo. Basta ver cuántos personajes en las películas y series de televisión muestran comportamientos que encajan en un diagnóstico amplio de histeria.

«La histeria tiene relación con factores étnicos y culturales. Las culturas primitivas son más dadas a las manifestaciones histéricas expresivas y aparatosas. Por otro lado, las culturas industrializadas, donde la gente es menos ingenua y tiene más conocimientos médicos, canalizan la patología de forma más sutil, mediante somatizaciones. En la actualidad, parece que el desarrollo cultural tiende a enmascarar la clínica de la histeria y a crear una patología donde el fenómeno aparece difuminado. De esta manera, aparecen los síntomas depresivos, trastornos de la alimentación, quejas somáticas difusas, etc. Esto hace que se diagnostique con mucha menor frecuencia esta enfermedad en nuestros días. Los factores socioculturales están alterando la expresión fenotípica de una predisposición subyacente similar.

La prevalencia de estos trastornos ha decrecido considerablemente en el último siglo en las sociedades industrializadas. Las formas epidémicas, como la locura colectiva, descritas en el siglo XIV (por ejemplo: el tarantismo, baile de San Vito, etc.) son hoy excepcionales y tan solo emergen en comunidades cerradas como internados o conventos durante situaciones o épocas de estrés.» [Bernardo Peña: "Histeria en el siglo XXI" – 01 noviembre, 2019]

«Es insoslayable el hecho de que la histeria se modifica en función del medio, de la cultura, del saber y de los personajes que encarnan y detentan ese saber. Habita espacios cambiantes, elige cuidadosamente sus ropajes, siempre acordes con los tiempos que le ha tocado vivir. Sus interlocutores, aquellos llamados a conquistarla, a padecerla, a perseguirla, no serán jamás dejados al azar: la invitación histérica está siempre teñida de una dinámica relativa al dominio, a la autoridad, al saber, al poder; y éste, como la histeria, no se ubica siempre en el mismo lugar ni actúa desde las mismas instituciones.

La histeria existirá allí donde esté el ser humano. Existirá en el tiempo y el lugar en el que haya sexualidad humana. Y existirá siempre porque la histeria es la forma básica de constitución del psiquismo en la necesidad humana de afrontar la problemática del mito inconsciente en el que se contienen los deseos edípicos.» [Javier Ramos García]

Rasgos típicos de la personalidad histérica

Rasgos típicos por los que se suele diagnosticar la personalidad histérica: Necesidad de ser el centro de atención; hiperexpresividad, teatralidad y tendencia a dramatizar; negación de la realidad desagradable; mantienen relaciones interpersonales cambiantes; emocionalmente pueden pasar de un extremo a otro; son sugestionables, susceptibles a la influencia externa, lo que hace que los síntomas se modifiquen o desaparezcan según los estímulos externos; son dependientes y necesitan afectivamente de los otros, a los que exigen más de lo que les pueden dar, sus demandas afectivas son exageradas; es difícil sacarlos de su zona de confort, pues nunca renuncian a situaciones adquiridas de privilegio; usan la seducción para alcanzar posiciones ventajosas y estar en el foco de atención de los demás; pese a dar la sensación de una sexualidad activa, muestran temor a la sexualidad; tienen una marcada percepción selectiva, una dispersión en sus conocimientos y una falta de profundidad; tienden a transformar la realidad objetiva, vista de forma selectiva, y a olvidar todo lo que les desagrada; necesita la aprobación de la gente importante en su vida y busca el afecto del Otro, en vez de afrontar las dificultades.

La necesidad de mantener el deseo insatisfecho

Según Sigmund Freud, la personalidad histérica se distancia del objeto del deseo y se crea un deseo insatisfecho: "el rasgo nuclear de la histeria sería el mantenimiento del deseo insatisfecho". La relación de la persona histérica con el deseo lleva siempre la impronta de la insatisfacción, que es su síntoma más característico.

Este permanente estado de eterna insatisfacción afecta particularmente a la vida amorosa y sexual. La expresión constante de la insatisfacción del deseo quiere hacer patente que el deseo existe y que si se satisface desaparece, por lo que no quiere correr el riesgo de perder el deseo una vez satisfecho. El sujeto histérico está sostenido por el deseo permanente. Las frustraciones infantiles han dejado en estos pacientes una reivindicación afectiva inagotable, una insatisfacción irreductible, una apetencia de afecto permanente. Es evidente la necesidad de mantener el deseo insatisfecho.

Según Jacques Lacan (1958), la histeria sostiene todo el tiempo un deseo insatisfecho. No hay manera de satisfacer el deseo porque no es deseo de un objeto sino deseo de un deseo. Para Lacan (1958) la histérica intenta continuamente castrar al otro, encontrarle la falta y así trata de buscar la falta en el otro constantemente para sustraerse ella misma de esta falta.

La persona histérica interroga al maestro, yendo de médico en médico, al acecho de las fallas de su saber, dispuesta a hacerle fracasar. Pero no es consciente de su deseo de agradar, de sus maniobras de seducción, ni de las trampas que tiende a su terapeuta en su intento de demostrarle su ineptitud y los quimérico de su "furor terapéutico".

En sus relaciones amorosas, busca, según la frase de Lacan, «un dueño al que poder dominar», por ejemplo, tomando un amante mayor, de talante autoritario, pero inválido total de guerra. Lacan hace alusión a la dialéctica del señor y el siervo que describe Hegel en su *Fenomenología del espíritu*:

poco a poco, el siervo, el criado se ha psicológicamente amo del señor; al vivir el señor *gracias* al criado, se vuelve cada vez más dependiente de él y vulnerable para sus caprichos.

«Esta es la aportación fundamental del psicoanálisis a la histeria: La neurosis es de todo punto incomprensible si se ignora su vertiente comunicacional, ya que ni mucho menos implica únicamente el organismo del individuo que demanda tratamiento. En ello reside quizás la principal característica común a todas las neurosis y constituye la más destacable en la histeria. Porque esta habla las lenguas que el receptor desea escuchar, cambia constantemente de registro, se adapta con maravillosa elasticidad al oído del que le presta atención, muta a medida que su entorno lo demanda.

La histeria se presenta y se transforma a petición de su auditorio, de las figuras de autoridad a las que se dedica especialmente, y seduce a éstas y a aquél, los convierte en sus cómplices, por mucho que ni el primero ni las últimas lleguen a saber ni a comprender. De ahí la imposibilidad de estudiar la histeria como una enfermedad que implica sólo una persona.» [Javier Ramos García]

Cuando tomamos una decisión, nunca volveremos a saber qué hubiera pasado de haber decidido de otra manera. Es por lo que muchos se lamentan de las "oportunidades perdidas" y son incapaces de sentir duelo después de haber tomado una decisión (del latín *decidĕre* 'cortar', 'resolver'; en alemán *Entscheidung*, de *Scheidung* 'saparar', 'delimitar'). Para evitar este sentimiento de duelo, la histeria no tomar decisiones y vivir siempre en la antesala de la vida soñando con el "gran amor" que nunca llega, persiguiendo una felicidad que cuanto más se la persigue más se aleja (a la felicidad no le gustan las persecuciones, odia la paranoia); poniendo toda meta tan lejos y exigiendo condiciones tan ideales para alcanzarla ("o todo o nada") para asegurarse que nunca se encontrará en la situación de tener que decidirse.

«Dostoievski decía que el texto bíblico «ama a tu prójimo como a ti mismo» habría que entenderlo al revés: sólo puede amar al prójimo quien se ama a sí mismo. Con más precisión se expresa Groucho Marx: «Ni en sueños se me ocurriría hacerme socio de un club que estuviese dispuesto a aceptarme como miembro.» O la frase siguiente de una carta de Rousseau a Madame d'Houdetot: «Si Vos llegáis a ser mía, voy a perderos, precisamente porque luego os poseeré, a Vos, a quien adoro.» El que se me entrega, por esto mismo ya no es apto para seguir siendo la personificación de mi amor. Esta idea es típica de un país meridional [España] en donde el amante [Don Juan], convencido de su pasión, acosa con ruegos a su adorada para que le conceda su amor, y, tan pronto como ella se deja conquistar, la desprecia, pues una mujer decente nunca habría hecho «esto».

Esto supone que se tiene a sí mismo por indigno del amor de los demás. Así la persona que le quiera queda, por de pronto, desacreditada. Pues el que quiere a alguien que no merece ser querido, no está en su cabal juicio.

De todos los autores que conozco, R. D. Laing [1927–1989] en sus *Knots* [Londres: Penguin, 1970, p. 24] es el que mejor ha expuesto este dilema:

“No me aprecio a mí mismo.

No puedo apreciar a nadie que me aprecie.

Sólo puedo apreciar al que no me aprecia.

Aprecio a Jack,

porque no me aprecia.

Desprecio a Tom

porque no me desprecia.

Sólo una persona despreciable

puede apreciar a alguien

tan despreciable como yo.

No puedo querer a nadie

a quien yo desprecie.

Como quiero a Jack

no puedo creer que él me quiera.

¿Cómo puede demostrármelo?”

Lo más práctico, en definitiva, es enamorarse desesperadamente de una persona casada, de un cura, de una estrella de cine o de una cantante de ópera. De este modo, uno viaja lleno de esperanza sin llegar nunca. Y, además, se ahorra la desilusión de tener que comprobar que el otro a lo mejor está dispuesto a aceptar la relación, con lo que inmediatamente se perdería su atractivo.» [Paul Watzlawick: *El arte de amargarse la vida*. Edición alemana: *Anleitung zum Unglücklichsein*. München: Piper, 1983, p. 97-103]

«No hay cosa peor en la vida –dice el dramaturgo Alan Ayckbourn– que las tentaciones a las que uno no ha sucumbido.» Los psicólogos contradicen esta opinión: vive más sano el que no mira hacia atrás con ira. Las personas mayores que no lamentan oportunidades perdidas llevan una vida más equilibrada.

La histeria masculina

Hoy en día muchos casos de histeria masculina son diagnosticados como neurosis obsesiva, fobia o borderlines (trastorno límite de la personalidad, TLP).

Existe un caso de histeria masculina por cada cuatro femeninos. Esto puede deberse quizá a factores sociales, debido a la connotación peyorativa del término “histeria” como signo de debilidad y simulación. Su diagnóstico, sobre todo en los hombres, se vive como algo vejatorio.

A la mujer la sociedad le tolera que finja o exprese su debilidad, al hombre no. De modo que el hombre tiende a buscar la expresión de sus problemas por otros cauces más acordes con lo que la sociedad y su identidad sexual exige de él: mediante la bebida, la agresividad, las tendencias antisociales, etc.

Además, es posible que los médicos, que en su mayoría han sido hombres, eviten el diagnóstico de histeria en sus pacientes masculinos, por complicidad con la valoración social de los géneros, y diagnostiquen en los hombres con más frecuencia manifestaciones hipocondríacas, depresión, ansiedad, etc.

LA HISTERIA Y EL SÍNDROME "BORDERLINE"

En nuestro lenguaje, se puede "tener" una neurosis (depresión, neurosis obsesiva, etc.), pero no se puede "tener" una histeria, se "es" histérico o histérica, lo mismo que se "es" narcisista o borderline.

Tras la muerte de Sigmund Freud en 1939, numerosos psicoanalistas de la escuela anglosajona, con su orientación relacional, constataron la poca disposición de un gran número de pacientes a adaptarse a un sistema de terapia que hacía demasiado hincapié en la interpretación de las resistencias del paciente a descubrir las motivaciones inconscientes de su síntoma. Estos pacientes ponían de manifiesto otros síntomas: grave regresión emocional, marcados síntomas narcisistas, debilidad del yo, factores esquizoides.

Se empezó a relacionar neurosis y psicosis, cosa que Freud había procurado delimitar, se introdujo el criterio de "paciente inanalizable" y se introdujo el término "borderline": trastorno límite de la personalidad, TLP, usado por primera vez en 1884, por el psiquiatra C. Hughes, y posteriormente por el psicoanalista Adolph Stern en 1938 para caracterizar afecciones psiquiátricas que superaban la neurosis, pero que no alcanzaban la psicosis. El síndrome "borderline", limítrofe o fronterizo fue definido en el DSM-IV como «un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, impulsividad y relaciones interpersonales caóticas». Se empezó a hablar de «psicosis blanca», la «perversión afectiva» o la «personalidad narcisista», pero se impuso la categoría general de "borderline", desconocida por Freud, síndrome caracterizado por su «inanalizabilidad».

Rich anotaba ya en 1978 cómo el síndrome borderline constituye un cajón de sastre en el que se agrupan los pacientes no diagnosticados: ni neurosis ni psicosis. Su difusión a partir de los años cincuenta es contemporánea a la de los medicamentos psicotrópicos.

Los pacientes borderline fueron diagnosticados según las siguientes características: escasa estima de sí mismo; sensibilidad a la crítica y al rechazo; suspicacia y desconfianza; medrosidad; temor a la agresión de otros y también a su amor; temor a cargarse con alguna responsabilidad y, en general, a cambiar de vida; su orientación en la realidad es deficiente y sus relaciones interpersonales muy débiles; intenso anhelo por la aprobación

de los demás y por un contacto íntimo, con miedo simultáneo a ese mismo contacto, lo que a intensos sentimientos de soledad, de abandono y de vacío; sentimiento de futilidad, de aceptar sin vivacidad ni empuje todo lo que se le brida; las palabras no parecen tener sentido; cualquier interpretación es aceptada, pero no entendida; el nivel de comunicación verbal desaparece.

Estos pacientes constituyen una gama de molestias que comienzan en un grupo benigno, en el cual se parecen a las neurosis de carácter, con marcadas defensas narcisistas y con una apariencia más o menos normal.

Ya en 1938 Stern, al llamar la atención sobre este grupo de enfermos que no entran ni en el grupo de psiconeurosis ni en el de las psicosis, dice que "resultan de un deficiente afecto materno y que es su inseguridad la que determina angustia". Se caracterizan por la mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos, pero dentro de una relativa *estabilidad*. La neurosis serviría de escudo o de defensa para no caer en una psicosis, por lo que no se puede hablar en estos pacientes de "prepsicóticos", ya que es excepcional que ocurra la "caída" en la psicosis.

Algunos analistas encuentran similitudes entre las histéricas «rencorosas» [hysterischer Rachtyp] y los pacientes borderline, que poseen gran número de rasgos histéricos: como el exhibicionismo, el narcisismo, la inestabilidad emocional, su intolerancia a la frustración combinada con una tendencia a los arrebatos de cólera, la presencia habitual de fenómenos de conversión. La inestabilidad de las relaciones heterosexuales tiene como objeto mantener su deseo insatisfecho.

Otto Kernberg (nacido en Viena en 1928) se constituyó en referente de los borderline con su obra *Los trastornos límites de la personalidad* (1975) en la que hace un estudio completo de esta entidad nosológica: el borderline designa «una organización de la personalidad que no es ni típicamente neurótica, ni típicamente psicótica» y manifiesta persistentes perturbaciones de la función del yo.

La oferta de terapia fomenta las expectativas del paciente de "descubrir su verdadera identidad, talento, genialidad" y, al mismo tiempo, despierta en el terapeuta el narcisismo o sentimiento de "omnipotencia terapéutica". El terapeuta ofrece inconscientemente al paciente su "potencia terapéutica" y la personalidad histérica hará todo lo posible por "desenmascararla" y hacerle sucumbir en el intento.

Condición indispensable para una terapia es que el paciente haya acudido a la terapia porque sufre "Leidensdruck", expresión alemana que el DUDEN define como "durch eine psychische Störung bewirkte starke seelische Belastung, unter der jemand leidet" (angustia emocional grave causada por un trastorno psíquico que padece alguien): el paciente padece bajo el síntoma que no puede gestionar y siente la necesidad de liberarse de él. La falta de "Leidensdruck", de la presión del síntoma es una de las causas de la tan repetida "inanalizabilidad" de los pacientes "borderline".

Ha habido psicoanalistas que han rechazado el término "paciente" debido a su cercanía al modelo médico. Olvidan el origen etimológico del término griego πάθος: páthos 'estado de ánimo', 'pasión', 'emoción', 'sufrimiento', 'padecimiento'. Quien es paciente lo es por padecer de un malestar o sufrimiento que lo hace percibir que requiere de ayuda terapéutica. Algunos psicoanalistas "humanistas" propusieron como alternativa a "paciente" (con reminiscencias médicas) la de "cliente", propuesta que otros psicoanalistas criticaron por sus connotaciones "comerciales", muy acorde con nuestra sociedad mercantil.

Algunos analistas sostienen que, aunque es innegable que la sintomatología «límite» constituye un síndrome objetivable, no obstante, es muy dudoso que constituya una entidad nosológica clara. Los mismos defensores del síndrome "borderline" discrepan a la hora de explicar sus características: organización estable para unos, falta de estructura para el otros. Incluso se ha llegado a calificar a Anna O., la paciente de Breuer y Freud que contribuyó al descubrimiento del psicoanálisis, como "caso borderline".

Homo dramaticus vs. homo tragicus

Freud se mantuvo siempre fiel a la teoría pulsional y a la primacía del conflicto entre la pulsión y la defensa, acomodando su teoría al modelo médico, a pesar de los cambios que fue introduciendo en el transcurso de los años. A Freud le guio siempre el afán de ver aceptado el psicoanálisis por la comunidad científica. De ahí su interés por adaptar el psicoanálisis al modelo médico e instituir unas reglas básicas, dejando a un lado todo lo referido a factores culturales, sociales o interpersonales.

En la segunda mitad del siglo XX, un grupo de psicoanalistas se percataron de que había que ir más allá de considerar solo el conflicto intrapsíquico provocado por el conflicto entre pulsión y prohibición o resistencia interna (*Konfliktmodell*). Pusieron el foco en la relación entre neurosis y psicosis, ampliando la investigación a la relación madre-niño en el periodo peri- y postnatal y no centrándose solo en el conflicto edipal. La terapia no podía reducirse solo a la interpretación de los conflictos inconscientes. Ampliaron las instancias de la segunda tópica de Freud (Ello – Yo – Superyó) con el concepto del *self* o sí mismo y su déficit como origen del síntoma. El origen de los trastornos psíquicos de los pacientes llamados "liminares" o "borderline" estaría en un déficit estructural del aparato psíquico (*Defizitmodell*) y su terapia exigía un cambio en el método psicoterapéutico que pusiera el acento en la relación paciente–analista.

Tendríamos así dos grupos de trastornos neuróticos bien diferenciados: el trastorno basado en un conflicto intrapsíquico ("homo dramaticus") frente al trastorno originado en una carencia o déficit estructural del aparato psíquico ("homo tragicus").

ASPECTOS CULTURALES DE LOS CASOS LIMINARES O BORDERLINE

La proliferación de "movimientos" tanto culturales como social-políticos se asemeja a un árbol que se vuelve excesivamente frondoso antes de haber echado las raíces necesarias y es síntoma de una "sociedad de desarraigados" (desplazados, Outsider, Außenseiter).

Varios autores han señalado en el siglo pasado las semejanzas que ofrecen estos sujetos "liminares" con los personajes del "teatro del absurdo" y del teatro moderno (Genet, Beckett, Albee, Ionesco, Arrabal, etc.). Encuentra similitud entre las relaciones humanas y los temas principales del teatro del absurdo y los sujetos "liminares" o borderline. Los temas de obras tienen que ver con la soledad, con el aislamiento, con la ausencia de sentido, con la realidad y la ilusión, con la incertidumbre y con la dificultad de establecer comunicación con otras personas. Las relaciones de objeto son siempre diádicas y los personajes casi siempre demuestran evidencia de confusión de identidad, tendencias megalomaniacas y futilidad en lo que concierne al futuro. Este teatro tiene una tradición rica y variada, lo único nuevo es que refleja la sociedad contemporánea.

«Lo mismo podría decirse de los sujetos con "neurosis liminares". Que ya antes han existido siempre; que, probablemente, han nutrido los ejércitos de conquistadores, de aventureros, de pícaros, de cruzados, de peregrinos, de mercenarios, de pseudo-vocaciones religiosas... Pero en nuestra época, estos sujetos "marginales" dejan los bordes de la sociedad para constituir su meollo e incluso para formar parte de sus clases directoras y del espíritu que pretende gobernar nuestro tiempo.

Es evidente que en el Teatro del absurdo hay, implícita, una sátira a un tipo de vida en la que, sin creencias religiosas, sin certidumbres trascendentales, lleno de grotescas frivolidades, de "alienaciones" en cadena, el hombre ha de enfrentarse con la desnuda realidad de la vida. En este Teatro del absurdo hay, ante todo, expresado en símbolos artísticos, un vigoroso esfuerzo por encontrar un sentido a este absurdo. En la época de los medios de comunicación de masas, el lenguaje naufraga, pierde su misión de comunicar la intimidad del hombre y parece estar en contraposición con la realidad.» [Juan Rof Carballo: *Biología y psicoanálisis*. Bilbao, 1972, p. 518]

La psicoanalista Paula Heinemann, hace ya unos años, puso en tela de juicio la tesis, frecuentemente formulada, de que los jóvenes que no han recibido suficiente cariño en su juventud son los que más protestan. Piensa más bien que uno de los importantes "traumatismos" sufridos por los jóvenes contestatarios en su infancia ha sido no la ausencia de cariño, sino el *silencio* de uno de los padres. Según la expresión popular, que tiene su origen en la leyenda de Orfeo, poeta y músico griego: "la música amansa a las fieras". Los ruidos estridentes de los músicos pop de nuestros días serían, pues, la respuesta a un silencio traumatizante de los padres.

En 1963, apareció la obra de Alexander Mitscherlich *Sociedad sin padre: una contribución a la psicología social*, en la que relata los efectos en una sociedad de la desaparición de la figura de autoridad que encarna el padre.

«En muchas familias el padre ha pretendido ser “un hermano más” de su hijo, comprenderle, ponerse a su nivel. Estos “padres blandos” no sirven para algo que el joven necesita: la pugna hostil, violenta, con la figura paterna. Es preciso saber soportar este “asesinato del padre”. El adolescente no solo necesita dar rienda suelta a su agresión, sino que, además, inconscientemente, aspira al castigo. Carentes de esta problemática, los padres de nuestra sociedad tecnológica, de manera inconsciente, mantienen a sus hijos en lo que se denomina “posición depresiva”. Por ambos lados se cierra el camino al conflicto edípico, sin el cual el hombre no puede llegar a ser plenamente hombre. Queda el adolescente fijado en una etapa infantil.

La pérdida del núcleo familiar, la ausencia de suficiente comunicación verbal, la perturbación de los ritmos sociales, el trabajo forzoso de las madres, que le impiden desplegar plenamente su función de maternidad, la inseguridad e inmadurez de los matrimonios prematuros, la existencia de padres poco autoritarios, inseguros, etc., convierten a nuestra sociedad en una sociedad *liminar* que, naturalmente, cultiva la producción de personalidades *liminares*.» [Juan Rof Carballo: *Rebelión y futuro*. Madrid: Taurus, 1970, p. 175 ss.]

NO MINUSVALORAR LA HISTERIA

«Conocemos de sobra cómo ha evolucionado la sintomatología de la neurosis histérica en nuestra cultura. Sin embargo, no todos la entendieron de la misma manera. Por lo que se refiere al concepto freudiano, a menudo se destaca que las grandes crisis convulsivas han sido borradas, mientras que surgían manifestaciones modernas que adoptaban de buena gana formas psicóticas o bordelines. En contraposición, los que minusvaloran la histeria reconstruyen su historia según las necesidades del presente.

Se critican los trabajos de Janet o de Prince, pero también las primeras observaciones de Breuer y Freud: «la histeria victoriana», según el neoyorquino Krohn, tendería a hacer somatizaciones. Añade que «la rubia evanescente», la «lolita-sexy» habrían sido las formas princeps en la primera mitad de siglo. Alrededor de los años cincuenta, se habría producido un giro, en el momento en que los analistas americanos constatan un aumento de los pacientes inanalizables. Desde ese momento, el más reciente avatar de la histeria sería una forma reivindicativa, que lleva al sujeto a «situar el origen de sus problemas en la opresión social y política». La militante feminista habría sustituido a la rubia evanescente. Así el resquemor hacia la histérica, generado en el despacho del analista, sería extrapolado sin ningún tipo de pudor al campo social.

Los intentos del discurso del amo para cernir la histeria incitan no sólo a su obliteración más o menos parcial, sino que intentan provocar una legítima acrimonia [acritud, aspereza] del sujeto «analizado». Llevan a aplastar los cuadros interpretativos o las disposiciones de la cura tipo que obstaculizan la liberación de la verdad inconsciente. Por suerte, la histeria dispone de un

principio de contestación de los saberes prefijados, de quienes quieren deshacerse de ella, y también de quienes quieren codificar la cura, lo que permite mantener las esperanzas de que sobrevivirá a sus exequias.» [J.-C. Maleval: "La histeria en el siglo XX", 1994]

¿TIENE CURA LA HISTERIA?

En 1932, Freud admitía que nunca había sido partidario de la terapia. Más tarde, en diálogo con Otto Rank, Freud declaraba que había "tres tareas imposibles: gobernar, educar y curar". La experiencia le decía que ninguna enfermedad puede curarse del todo, incluso le llegó a confesar a Abraham Kardiner: «Para hablar francamente, los problemas terapéuticos no me interesan mucho... no tengo paciencia para atender a la gente mucho tiempo... me caos de ella.»

En la última parte de los *Estudios sobre la histeria* (1895), dedicada a la psicoterapia de la neurosis por excelencia, Freud hace referencia a la frecuente objeción de los pacientes cuando Freud les prometía un alivio mediante la terapia. Los enfermos expresaban sus dudas sobre su curación. La respuesta de Freud a la objeción de sus pacientes se convertiría en una de las más célebres sentencias psicoanalíticas:

«Ich habe wiederholt von meinen Kranken, wenn ich ihnen Hilfe oder Erleichterung durch eine kathartische Kur versprach, den Einwand hören müssen: Sie sagen ja selbst, dass mein Leiden wahrscheinlich mit meinen Verhältnissen und Schicksalen zusammenhängt: daran können Sie ja nichts ändern; auf welche Weise wollen Sie mir denn helfen? Darauf habe ich antworten können: — Ich zweifle ja nicht, dass es dem Schicksal leichter fallen müsste als mir, Ihr Leiden zu beheben: aber Sie werden sich überzeugen, dass viel damit gewonnen ist, wenn es uns gelingt, Ihr hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln. Gegen das letztere werden Sie sich mit einem wiedergenesenen Seelenleben besser zur Wehre setzen können.» [Freud, S. & Breuer J. (1895d): *Studien über Hysterie*. GW I: 311f]

«Usted mismo afirma que mi sufrimiento probablemente dependa de mi situación y de mis fatalidades; usted no puede cambiar nada al respecto. ¿De qué manera quiere entonces ayudarme? A ello pude contestar: — No dudo que es más fácil para el destino que para mí eliminar su sufrimiento; pero ya se convencerá usted de que ya habremos ganado mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en desdicha común. Contra esto último podrá defenderse mejor una vez que se restablezca anímicamente.»

Freud define con toda claridad el ámbito de competencias del tratamiento psicoanalítico, un tratamiento que no puede cambiar las situaciones y las fatalidades del paciente, pero puede ayudar a asimilar el sufrimiento histérico como desdicha humana común. Freud asume con naturalidad las limitaciones de la cura: es el infortunio, el destino pulsional de cada individuo y no la felicidad lo que caracterizará la vida del hombre, tras haber

recorrido su pasado neurótico, pero este recorrido le liberará de la "tiranía" de su síntoma y hará de él un hombre libre y más fuerte para afrontar su "infortunio".

«Los médicos desempeñan hoy día dentro de la sociedad el mismo papel que los sacerdotes durante la Edad Media. Reciben las confidencias de los matrimonios perturbados, de los parentescos sacudidos por las faltas y las pasiones de la familia. El cura ha cedido el lugar junto al lecho al doctor, como si esta sociedad, al volverse materialista, hubiera juzgado que la cura del alma debía depender, desde ahora, de la del cuerpo.» [Alfred de Vigny, *Stello* (1932)]

«Según el gran internista y endocrinólogo español, Gregorio Marañón (1887-1960), lo específico del alma humana es el *instinto de superación*. "El animal solo aspira, desde la oscuridad de su conciencia instintiva, a vivir y a reproducirse; en todo caso a vivir y a reproducirse de una manera óptima. Pero el hombre aspira, además, a la superación de estos fines instintivos: aspira a la posesión de goces que ya no le sirven para vivir ni para reproducirse mejor, sino simplemente, para gozar."

Gregorio Marañón había escogido como lema para su ex-libris una frase, profundísimamente española y hasta senequista: *Si la pena no muere, hay que matarla*. Este lema procede de un pequeño poema del que el propio Marañón es autor, titulado *Arriba, corazón*:

*Arriba, corazón, la vida es corta
y hay que aprender a erguirse ante el destino.
Solo avanzar importa,
arrojando el dolor por el camino.
Otras horas felices
matarán a estas horas doloridas.
Las que hoy son heridas
se tornarán mañana cicatrices.
Espera siempre, corazón, espera
que ninguna inquietud es infinita
y hay una misteriosa primavera
donde el dolor humano se marchita.
Con tu espuela de plata
no des paz al corcel de la ilusión.
"Si la pena no muere se la mata",
¡Arriba, corazón!»*

[Rof Carballo, Juan: *Medicina y actividad creadora*. Madrid: Revista de Occidente, 1964, p. 187-190]

Las frustraciones infantiles han dejado en estos pacientes una reivindicación afectiva inagotable, una insatisfacción irreductible, una permanente búsqueda de ayuda, que nunca será aceptada, ya que mantener el deseo insatisfecho mantiene la esperanza de una satisfacción completa, aunque nunca alcanzada.

Alternativas:

- a) un sinvivir con la pena;
- b) matar la pena y vivir sin pena ni gloria.

La "cura" psicoanalítica no lleva a la felicidad ni a la satisfacción del deseo, pero hace más llevadera la insatisfacción. El ser humano, que ha venido al mundo en una situación de extrema menesterosidad e invalidez, dependiendo su existencia del cuidado de las personas tutelares, ya no existirá libre sin déficit, sin falta, sin deseo, sin ley. No existirá sin neurosis, seguirá manteniendo el deseo insatisfecho.

Freud ofreció como alternativa a la satisfacción del deseo primario, la sublimación de las pulsiones: "permutar la meta sexual originaria por otra, ya no sexual, pero psíquicamente emparentada con ella." La sublimación es uno de los destinos posibles de la pulsión. Se trata de un desvío de la energía libidinal hacia áreas de la actividad humana que aparentemente no guardan relación con la sexualidad. El proceso consiste en un desvío hacia un nuevo fin. Freud pone como ejemplos de nuevos destinos de la pulsión: lo artístico y lo intelectual: sublimar consistiría en mudar el fin pulsional hacia una actividad desexualizada, intentando su realización, por ejemplo, mediante tareas creativas o de prestigio social: arte, religión, ciencia, política, tecnología.

El filósofo Ludwig Wittgenstein afirmaba que el psicoanálisis correspondería a una necesidad del ser humano, tan poderosa (pero menos analizada) que la de crear ilusiones: la de ser desilusionado.

En 1923, Freud ve una oposición básica existente dentro de todo ser humano, entre Pulsión de Vida (Eros) y Pulsión de Muerte (Thanatos): "las dos pulsiones fundamentales son antagónicas o pueden hallarse combinadas, pero este acuerdo y este antagonismo de las dos pulsiones fundamentales confieren justamente a los fenómenos de la vida toda su diversidad característica. La vida misma parece ser un combate y un compromiso entre estas dos tendencias.

Esperando el final de la partida

damos pasto al anhelo.

Con cantos a la muerte henchir la vida,

tal es nuestro consuelo.

[Miguel de Unamuno (1864-1936)]

«La regla fundamental que dice que el juego no es ningún juego, sino algo tremendamente serio, hace que la vida sea un juego sin fin, que solo acaba

con la muerte. Si esto ya resulta bastante paradójico, aquí tenemos una segunda paradoja: la única regla que podría poner fin a este juego tan serio no es ni siquiera una regla de este juego. Tiene varios nombres que en el fondo significan lo mismo: honradez, confianza, tolerancia.» [Paul Watzlawick: *El arte de amargarse la vida*. Edición alemana: *Anleitung zum Unglücklichsein*. München: Piper, 1983, p. 127-128]
