

¿Qué es la histeria?

Por Andrés Hernández Ortiz

Sin duda alguna extraño esos tiempos de mi vida en que resolver una duda como ésta era tan sencillo como abrir el diccionario. Recuerdo la maravillosa sensación que tuve cuando aprendí, en la primaria, a usar ese útil libro: sentía que tenía a todo el mundo en la punta de mis dedos. En esa época creía que podía aprender y entender todo simplemente buscándolo en un diccionario o una enciclopedia, y esa sensación me encantaba. En un intento regresivo, intenté recurrir al Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española:

histeria.

(Del fr. *hystérie*, y este del gr. ὑστέρα, matriz, víscera de la pelvis).

1. f. *Med.* Enfermedad nerviosa, crónica, más frecuente en la mujer que en el hombre, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales, y a veces por ataques convulsivos.
2. f. Estado pasajero de excitación nerviosa producido a consecuencia de una situación anómala.

~ colectiva.

1. f. Comportamiento irracional de un grupo o multitud producto de una excitación.

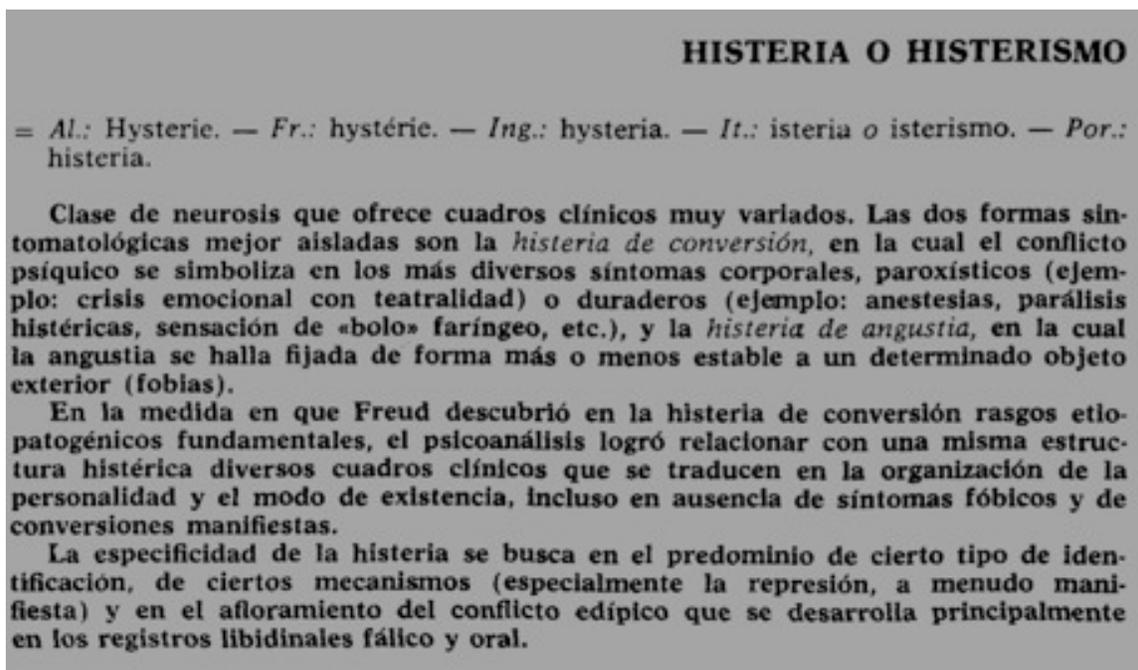
Quizá en la primaria esta serie de definiciones me hubieran dejado tranquilo y con la sensación de saber que era la histeria... aunque también con la sensación de que era más bien algo raro y aburrido. Quizá habría entendido que es un término por el que la mayor parte de la gente entiende una cosa y el médico entiende otra; que la histeria es una enfermedad bien descrita por la ciencia médica a la que la mayor parte de la gente le tomaba prestado el nombre para nombrar a estados pasajeros de excitación... individuales o colectivos.

Sin embargo, con lo que desde entonces hasta ahora he aprendido, no puedo quedarme tranquilo con esa serie de definiciones. ¡Qué interesante que una serie de aprendizajes tengan ese efecto!, un conocimiento nuevo que podría haberme dejado tranquilo en otro momento, ahora ya no lo hace por la forma en que interacciona con un conjunto de premisas preexistentes.

¿Por qué no me sirven estas definiciones?, pues en primer lugar porque sé que no es cierto que la histeria sea claramente considerada una enfermedad por el medio médico actual. Sé que lo fue por muchos años, pero desde hace varias decenas de años no aparece ese término como un diagnóstico por la mayor parte de los médicos que se consideren modernos. Ha desaparecido de los libros de medicina general y ha sufrido mutaciones innumerables en los libros de psiquiatría. Ya no puede encontrarse en el catálogo oficial de enfermedades mentales desde hace más de dos ediciones (desapareció en el DSM-III, la última edición es el DSM-5), y en su lugar han aparecido varios trastornos diferentes (especialmente el trastorno conversivo, pero también otros trastornos por somatización como el trastorno por dolor) que en otra época quizá hubieran sido todos catalogados simplemente como histeria.

Y en segundo lugar, también sé que las definiciones que encontré en el diccionario de la RAE son completamente anacrónicas e insuficientes desde los criterios psicoanalíticos. ¿Por qué pueden ser relevantes los criterios psicoanalíticos en la definición de histeria?, porque es precisamente el psicoanálisis la disciplina que más esfuerzos ha dedicado a estudiar, definir y explicar la histeria desde finales del siglo XIX. De hecho podría agregar que el nacimiento del psicoanálisis como disciplina tiene mucho que ver con los esfuerzos de su creador, Sigmund Freud, por crear una teoría y una técnica que permitiera entender y ayudar a las personas diagnosticadas de histeria por los médicos de esa época, y después mal tratadas o abandonadas por esos mismos médicos.

Entonces, ¿quizá convenga buscar el término en un diccionario de psicoanálisis? En el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis puede encontrarse esta definición:



Sin duda alguna una definición muy diferente a la de la RAE. Pero, una de las cosas que odiaba en mi época de primaria era encontrar en las definiciones de las palabras que buscaba, otras palabras de las cuales no conocía su significado: ¡de nada me servía! Y en esta definición encuentro una serie de términos que distan mucho de ser obvios. ¿Qué significan y de dónde salen palabras como neurosis, conflicto, estructura, identificación, mecanismos, represión, conflicto edípico, registros libidinales fálico y oral?

Y no estoy pecando de falsa ignorancia. Es claro que he escuchado todos estos términos y tengo algún significado asociado a ellos. Incluso quizá puede interrelacionarlos en formulaciones teóricas más complejas, pero de lo que realmente no estoy seguro es ¿qué es lo que realmente significan?, ¿de dónde salieron?, ¿por qué fue necesario que surgieran? Especialmente en el contexto de que una definición como la de Laplanche y Pontalis suena francamente clara y casi inequívoca... dice textualmente cosas como “el psicoanálisis logró relacionar” o “la especificidad de la histeria”. Yo me pregunto ¿de verdad pueden encontrarse los elementos de esta definición en los pacientes reales de una forma tal que se llegue a delimitar con claridad lo que es histeria de lo que no lo es?, ¿de que forma es necesario teorizar todos estos elementos para explicar la histeria?

En muchas ocasiones he escuchado a médicos y no-médicos decir cosas como: “el psicoanálisis está pasado de moda, ya no es necesario ni sirve para ayudar a los pacientes” ó “yo no creo en todas esas teorías freudianas o psicoanalíticas”, y creo que son afirmaciones resultantes de no haber hecho un esfuerzo por entender la necesidad y utilidad epistemológicas de constructos como los de conflicto psíquico, mecanismos psíquicos, represión o incluso histeria. Desde esa perspectiva es que me pregunto ¿qué es la histeria?, y su contraparte indispensable ¿qué no es la histeria?, porque al definir se delimita.

Intentando responder a la pregunta que titula este ensayo al entender de donde surge y por qué surge una definición como la del diccionario de psicoanálisis, procuraré relatar lo que he encontrado en las obras de Freud alrededor de la evolución de su forma de comprender la histeria.

De acuerdo a un artículo monográfico escrito por él en 1888 (Histeria), pareciera que Freud, proveniente de una educación médica decimonónica, inicialmente tenía una concepción de la histeria muy similar a la del resto de sus contemporáneos (y similar a la actual definición de la RAE): una enfermedad de difícil aprehensión, que se presentaba casi exclusivamente en mujeres, que podía dar cuadros clínicos con una gran variabilidad y capacidad de cambio, la posibilidad de muchos síntomas corporales diferentes (dolor, parálisis, ataques convulsivos, zonas histerógenas, alteraciones en la sensibilidad, contracturas, etc.) que sólo tenía en común su extraordinaria capacidad de resistirse a ser reducida a explicaciones físicas anatomopatológicas. En un principio concordaba con la opinión prevalente en esos tiempos, de que era secundaria a debilidades congénitas del sistema nervioso y/o una reducida capacidad intelectual, particularmente de síntesis cognitiva.

¿Qué pasó que lo llevó a ir cambiando sus teorías de la enfermedad? que tuvo la capacidad de reconocer que las explicaciones médicas no ayudaban realmente a comprender el padecimiento y no llevaban a tratamientos eficaces. A diferencia de otros médicos, no renunció a querer ayudar a estas personas y emprendió una gran investigación (quizá sin darse cuenta por completo) que permitiera generar una teoría y una cura que no implicara abandonar a los pacientes a su suerte.

Me parece que el primer paso en este camino tuvo que ver con sus encuentros con personajes como Josef Breuer, Jean-Martin Charcot e Hippolyte Bernheim. Los grandes hipnotistas franceses lo convencieron de que la etiología de la histeria era psicológica, representacional y que podía ser influenciada mediante las intervenciones hipnóticas. De acuerdo a su libro en común, “Estudios sobre la Histeria” (1893-1895) Josef Breuer le enseñó que la hipnosis podía influirla de formas distintas a las simples sugerencias: que los síntomas histéricos podían desaparecer si, mediante hipnosis, se investigaban y sacaban a la luz unas representaciones, pensamientos, que habían sido apartados de la consciencia y eran los responsables directos de la patología en la forma de agentes etiológicos que debían ser removidos, “abreaccionados”.

De esta forma, la concepción freudiana de la histeria no cambiaba en su descripción clínica, sino que lo que cambiaba era la idea de su etiología: Freud cambiaba la teoría de la enfermedad. En este momento, la histeria dejaba de ser una debilidad física congénita y podía entenderse como una enfermedad psíquica producto de representaciones patógenas que podían buscarse y encontrarse a través de la hipnosis.

El descubrimiento de un camino de cura y de investigación lo lleva a utilizarlo en una cantidad cada vez mayor de pacientes: algunas veces en personas con diagnósticos

distintos, como en fobias, en neurosis obsesivas, en neurosis de angustia o en neurastenia. Y, de acuerdo a lo que relata en los artículos "Las neurosis de defensa" (1894) y "Nuevas puntualizaciones sobre las neurosis de defensa" (1896), le pareció encontrar que el método de investigación mediante hipnosis podía ser utilizado en muy diversos cuadros patológicos. Al utilizarlo así, descubre que tanto la histeria, como la obsesión y la fobia (quizá también la paranoia, pero no así la neurastenia) podían ser consideradas neurosis "de defensa": eran secundarias a el apartamiento de la consciencia de algunas representaciones, pero este apartamiento era secundario a que eran reprochables o generadoras de angustia para el enfermo, por lo que éste se defendía de ellas y las "reprimía" hacia una porción inconsciente del psiquismo.

Uno puede preguntarse ¿por qué eran reprochables o generadoras de angustia? y me parece que la respuesta a esa pregunta llevó a Freud a identificar que era porque en cada paciente las representaciones patógenas estaban relacionadas con el recuerdo de vivencias sexuales en su infancia temprana: algo así como actividad sexual muy prematura. Asimismo le permitió un primer acercamiento a la distinción etiológica dinámica entre los diversos tipos de neurosis: en la neurosis histérica la vivencia sexual había sido pasiva, el enfermo había sido sujeto a una seducción por una persona mayor; mientras que en la neurosis obsesiva el enfermo tenía un reproche contra sí mismo por haber sido el agente activo de una seducción de este tipo. Otro punto de diferencia entre ambas neurosis radicaba en la forma en que el individuo se "defendía" contra las representaciones patógenas: en la histeria la defensa era llevando la energía psíquica de la representación hacia síntomas corporales (la conversión), mientras que en la neurosis obsesiva la defensa era completamente en la psique.

Para este momento la teoría de la enfermedad histérica es ya radicalmente distinta a la definición médica inicial: aquí la histeria es ya una neurosis de etiología francamente psíquica, en la que una vivencia de seducción pasiva real en la primera infancia llevaba a la existencia de representaciones inconciliables con la consciencia del individuo que tenían que enviarse a lo inconsciente a través de un mecanismo llamado represión y que tenía como consecuencia que la energía psíquica de la representación reprimida tuviera que ser descargada, mediante conversión, a síntomas somáticos de los cuáles el sujeto que los sufre, desconoce su verdadera causa. En este momento la especificidad de la histeria, con respecto a otras neurosis, está en la forma de defenderse contra las representaciones reprimidas: la histeria es la neurosis en la que la defensa se lleva a cabo a través de la conversión somática.

Pero poco antes de la publicación de "La Interpretación de los Sueños" (1900), y de acuerdo a cartas con su amigo Wilhelm Fliess, Freud da un vuelco súbito en esta teoría. En un repentino *insight*, se da cuenta que es muy poco probable que estas representaciones patógenas reprimidas sean en todos los casos secundarias a vivencias reales de seducción. La solución a ese dilema casi catastrófico fue genial y un hito histórico: la realidad psíquica como algo distinto a la realidad física, el descubrimiento del fantasma, de la fantasía como fuente de las representaciones reprimidas. Los enfermos no habían sido sujeto de seducciones reales, sino que habían fantaseado las situaciones de seducción. Con este gran paso, lo que inicia como una teoría de la histeria evoluciona a una teoría de la mente; Freud descubre paulatinamente que los fenómenos de represión, lo inconsciente y sus formaciones, no son exclusivos de la histeria y otras neurosis, sino constituyentes normales de la psique humana: lo sueños, los lapsus, e incluso el chiste son producto de lo inconsciente. Así las cosas, en su *Die Traumdeutung*, Freud describe una primera construcción de un aparato psíquico en el que lo inconsciente es poseedor de deseos y

procesos que en ocasiones pueden llevar a formaciones patológicas. También menciona ya aquí la existencia de deseos libidinales y agresivos hacia las figuras parentales en la forma del complejo de Edipo.

Entonces, podemos agregar un cambio más a la concepción freudiana de la histeria: una enfermedad de etiología psíquica, en la que deseos inconscientes de naturaleza sexual en la infancia habían llevado a la formación de fantasías que, al ser inconciliables con la consciencia del individuo, eran censuradas y reprimidas, pero que desde el inconsciente y por los procesos "ilógicos" con los que este funciona, producían distintas formaciones patológicas entre las cuales predominaba la conversión a síntomas somáticos: hasta aquí la descripción del cuadro clínico sigue sin muchos cambios, lo que ha cambiado es la teoría de la enfermedad.

En este punto histórico Freud ya cuenta con un aparato teórico y técnico que le permite continuar sus investigaciones a pasos acelerados. En 1905 Freud publica el famoso caso Dora en "Fragmento de análisis de un caso de Histeria" en el que expone la forma en que él utiliza la teoría y técnica de ese momento para evaluar y tratar casos de histeria. En este muestra con más claridad el papel central que tienen los deseos sexuales y las figuras parentales en la realidad psíquica de las pacientes histéricas; así como el papel central que tiene la interpretación de los sueños en la investigación de las representaciones inconscientes. Pero además de esto, en este historial clínico se dibuja muy bien la increíble complejidad de las fantasías inconscientes que subyacen a lo fenomenológico de la histeria: múltiples representaciones interconectadas entre sí a través de múltiples relaciones. En este texto Freud no lo generaliza a toda la teoría de la histeria, pero en el caso individual pueden observarse fantasías en relación a la masturbación, al padre, a sustitutos paternos y maternos, la paciente parece estarse preguntando acerca de la sexualidad y estar continuamente insatisfecha con el desempeño de todo el mundo.

Asimismo en esta paciente, junto con la continua preocupación acerca de la sexualidad de los demás, aparece una inhibición muy marcada de su propia sexualidad y en este punto Freud sí hace una generalización: menciona que no dudaría de diagnosticar como histeria a cualquier paciente que muestre asco e inhibición hacia la sexualidad, aunque no se encuentren síntomas conversivos. Y aquí cabe muy bien la pregunta ¿no era precisamente la conversión somática lo que daba especificidad a la histeria con respecto a otras neurosis de defensa? Si ya no puede encontrarse la especificidad en el tipo de vivencia sexual infantil, y tampoco en la forma de defensa ¿dónde estará la especificidad de la histeria? ¿quizá en la forma que toma el fantasma, la realidad psíquica? Aquí hago una acotación para mencionar que J. D. Nasio, en su libro "El Dolor de la Histeria", piensa que la preocupación continua por la sexualidad, unida a una inhibición genital, es una forma de conversión generalizada, una conversión del cuerpo en su totalidad que no tiene que acompañarse de síntomas conversivos específicos.

Aquí el carácter sexual de las representaciones reprimidas es muy evidente para Freud, así como la forma particular que toma esa sexualidad. En "Tres ensayos sobre teoría sexual" y en "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis" aclara que las representaciones inconscientes responsables de la histeria son producto de una sexualidad infantil muy diferente de la sexualidad genital adulta como la conocemos, más parecida a una sexualidad perversa polimorfa. También aclara que esta sexualidad infantil lleva a fantasías alrededor de las figuras paternas configurando la teoría del complejo de Edipo y la constitución de la identidad sexual masculina y femenina. En 1908 expande su visión sobre la importancia de la fantasía, la perversión y la bisexualidad en la etiología de la histeria.

Para este momento la histeria, para Freud, es un cuadro que fenomenológicamente puede tomar las forma de muy diversos síntomas somáticos y/o de una continua preocupación por la posibilidad de seducir o ser seducido combinada con una inhibición de la sexualidad propia, mientras que psicoanalíticamente (a través de su método psicoanalítico de investigación) consistía en diversos conflictos psíquicos entre deseos inconscientes provenientes de una sexualidad infantil perversa incestuosa que toman la forma de fantasías y que son censurados y mantenidos reprimidos por una consciencia que no sabe como conciliarse con ellos o ponerlos al servicio de una sexualidad genital adulta no incestuosa. ¿Qué es lo que da especificidad a la histeria con respecto a otras formas de patología médica somática? su origen psicológico inconsciente y no anatomopatológico, ¿qué es lo que le da especificidad con respecto a otras formas de neurosis de defensa? su conversión somática, ya sea a través de síntomas corporales como los descritos por el Freud de 1888 o por una inhibición de la sexualidad acompañada por una preocupación continua de la sexualidad y el cuerpo: la neurosis obsesiva lleva el sufrimiento siempre al pensamiento, pero un pensamiento que fenomenológicamente siempre se aleja del cuerpo y la sexualidad, mientras que las preocupaciones histéricas siempre giran alrededor del amor, la sexualidad y lo corporal.

Me parece que Freud ya no sistematiza ni integra tanto sus últimas visiones acerca de la especificidad de la histeria con respecto a otros cuadros patológicos, quizá deje de importarle tanto la idea de nosología y clasificación que tanto le importaba en sus orígenes como médico clínico. Sin embargo, pareciera que otros autores, como Lacan o Nasio, sí trabajan a partir de lo descrito por Freud en distintos textos, para hablar un poco de esta especificidad. Por ejemplo, Nasio (en el libro que cito en páginas anteriores, "El dolor de la histeria) sí hace intentos por delimitar a la histeria de la fobia y la obsesión. Lacan también menciona algunas diferencias, mencionando que pareciera que la fantasía de la histeria parece querer dar respuesta a la pregunta "¿Qué significa ser mujer?", mientras que la de la obsesión parece preguntarse "¿Estoy vivo o muerto?". Aunque sí me parece difícil encontrar estas ideas de especificidad en los textos freudianos.

¿Qué concluyo? que el camino de Freud en el desarrollo de una teoría de la enfermedad histérica es impresionantemente cambiante, dinámico y complejo de seguir, sobre todo después de los primeros pasos. Me parece más fácil descubrir ¿qué es lo que pensaba Freud que era la histeria al principio de sus investigaciones?, que integrar ¿qué es lo que pensaba Freud que era la histeria cerca del final de su vida?. También me parece difícil responder: de lo que un psicoanalista actual piensa de la histeria ¿qué estaba incluido en la teoría freudiana y que corresponde aportes novedosos (no re-lecturas freudianas) de otros autores? Lo que sí me queda claro, es que seguir pensando en el año 2013 que la histeria es una "enfermedad nerviosa, crónica, más frecuente en la mujer que en el hombre, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales, y a veces por ataques convulsivos", deja fuera de la jugada una enorme cantidad de descubrimientos útiles en la comprensión del ser humano y su sufrimiento. ¿Por que se dejen fueran? quizá por lo increíblemente difícil que es hacer una definición consensuada tomando en cuenta estos descubrimientos.

México, D.F. a 9 de Agosto del 2013.