

La histeria hoy: un abordaje desde la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Análisis en un caso clínico con diagnóstico de fibromialgia.

Ayrlín Muñoz Cerda¹

Introducción

El psicoanálisis debe gran parte de su nacimiento a la histeria (Marchant, 2000), problemática con la que Freud se había familiarizado cuando estudió con Charcot. La palabra "histeria" proviene del griego como un derivado de la palabra útero, puesto que se suponía que este órgano era la causa de la enfermedad histérica (Rodríguez et al., 2013). Sin embargo, más tarde, al conocerse que no era así, además pudo determinarse que la histeria no sólo afectaba a las mujeres, sino también a los hombres. Pese a la multiplicidad de sus manifestaciones, existe entre los diversos cuadros calificados de histéricos una indudable unidad estructural, etiológica y patogénica que desde tiempos antiguos ha llevado a los psiquiatras, neurólogos y personas afines a la salud mental, a considerar la realidad de la entidad nosológica que denominamos "histeria" (Coderch, 1991). Sin embargo, ésta y sus derivados, como "neurosis histérica", "histeria de conversión", etc., han sido retirados progresivamente de los manuales de diagnóstico más relevantes (Rodríguez et al., 2013). Aún así, a fin de determinar el tratamiento apropiado para este diverso grupo de pacientes, es mucho más importante una evaluación psicodinámica que el catálogo descriptivo de las conductas abiertas. Una fuente primaria de confusión en la literatura sobre el tema ha sido la tendencia a confiarse en las características conductuales en vez de la comprensión dinámica (Gabbard, 2006).

Etiología

¹ Colaboradora docente del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile. Psicóloga clínica en unidad de Mediana Complejidad en recinto hospitalario del Sector Público de Salud de Chile. RCP n°5447. Correo: ps.aymunoz@gmail.com

Según señala Pérez et al. (1997), la teoría psicoanalítica referente a la etiología de la histeria presupone una fijación del desarrollo psicosexual en el nivel de la fase edípica. Los síntomas histéricos aparecerían a partir de deseos sexuales reprimidos, impidiendo por un lado la irrupción en la conciencia de dichos deseos prohibidos y proporcionando una expresión sustitutiva de los mismos. En el mismo sentido, Coderch (1991) afirma que la inadecuada o incompleta superación de los impulsos incestuosos propios de la situación edípica origina un agudo conflicto ulterior, a causa de que los impulsos sexuales, que deberían ir dirigidos hacia una persona no perteneciente al círculo familiar, se encuentran excesivamente identificados con los deseos incestuosos prohibidos, por lo cual deben ser reprimidos como en su día lo fueron dichos deseos infantiles. La energía propia de estos impulsos reprimidos es transformada en síntomas histéricos que, si bien impiden la irrupción en la conciencia de dichos deseos prohibidos, por otro lado proporcionan una experiencia sustitutiva de éstos. Otros autores enfatizan además la importancia de la fijación preedípica. En palabras de Marmor (1953, en Pérez et al., 1997), lo que habría en estos pacientes sería una mezcla heterogénea de fijación y conflicto, y cuando se comparan unos pacientes histéricos con otros se encuentran amplias diferencias que podrían ser puntos dentro de una estructura continua del trastorno marcado por dos polaridades de la histeria: la «buena genital» y la «mala oral». Este espectro refleja el grado de disfunción del Ego o el nivel de desarrollo adquirido en el curso de la maduración. Blacker y Tupin (1991) sugieren que la personalidad histérica surge de los niveles psicosexuales pregenital y genital. La organización de personalidad más infantil se daría a partir de un maternaje inadecuado, abuso sexual y físico y deprivación durante la infancia, dando como resultado un adulto con una conducta caótica, extrema e inestable, muy resistente a la psicoterapia. Esto contrasta con la organización de personalidad histérica genital o madura, que ha experimentado menor deprivación temprana, manifiesta relaciones objetales más intactas, ha vivido más éxitos en las áreas vocacional, emocional y social, y tiene síntomas susceptibles de intervención psicoterapéutica.

Aspectos clínicos

El enfoque se hará en cuanto a la personalidad histérica, abordando algunos rasgos de comportamiento externo y mecanismos profundos de la personalidad, según lo hallado en la literatura, para luego relacionarlos con el caso clínico a abordar. La personalidad histérica, en comparación a otros caracteres psicopatológicos, sobrepasa ampliamente los síntomas clínicos, de forma que tradicionalmente se ha advertido que todos los individuos que presentan sintomatología clínica de histeria poseen unos rasgos comunes. Según Coderch (1991), estos rasgos pueden, naturalmente, encontrarse en sujetos que son considerados normales, así como en individuos que sufren otras afecciones neuróticas o psicóticas. Dentro de los rasgos más importantes de la personalidad histérica, podemos encontrar los referidos al comportamiento externo, como los son: egocentrismo muy acentuado; labilidad emocional, con sentimientos y emociones aparentemente intensos pero sin profundidad real, volubles y fácilmente modificables; tendencia a convertir los conflictos internos en formas de comportamiento externo (acting-out), con escasa o nula previsión de las consecuencias; relativa falta de inhibiciones o limitado autocontrol; teatralismo, tendencia al comportamiento dramático y a cierto tipo de exhibicionismo; susceptibilidad ante la sugestión; tendencia a la imitación y a la identificación superficial, como resultado de su elevado nivel de sugestibilidad; escaso interés por el estudio y las realizaciones de orden intelectual; superficialidad e inconstancia en las relaciones con los demás; aparente actitud de dependencia, debilidad y necesidad de protección, contradictoriamente combinada con autoritarismo y habilidad para manejar a otros; incapacidad para amar profundamente, en las mujeres histéricas coexiste la frigidez con la coquetería, e incluso, en ocasiones, con la promiscuidad sexual. Por otra parte, en cuanto a los rasgos y mecanismos profundos de la personalidad, podemos observar: represión primaria y masiva; capacidad para la transformación (conversión) de los conflictos psíquicos en fenómenos somáticos, realizando un verdadero “lenguaje de los órganos”; fuerte tendencia a la regresión; facilidad para la producción de estados de disociación psíquica; utilización abundante de los mecanismos primitivos de defensa, tales como negación, incorporación, simbolización, idealización y formación reactiva; y escasa capacidad para la formación de sublimaciones.

Presentación del caso clínico

Con la finalidad de resguardar la confidencialidad de la paciente, para efectos de este trabajo la llamaré Cristina. C. tiene 43 años, la mayor de 2 hermanas, dueña de casa, divorciada, actualmente se encuentra en una relación de convivencia de dos años, siendo ésta su tercera relación de pareja. Tiene 3 hijas, dos (ya adolescentes) de su ex matrimonio y una (infante) de su segunda relación.

La paciente llega al recinto hospitalario donde ejerzo para retomar tratamiento, pues ya había iniciado tres en años anteriores de los cuales desertó. Esta vez solicitó retomar sobre todo con médico general, para controlar la Diabetes que le aqueja y la Fibromialgia. Asimismo, solicita atención psicológica, por lo que se me asigna su caso junto a una curiosa advertencia, *“ten cuidado, es una paciente ya conocida por el equipo; es demandante, a veces agresiva y con baja adherencia al tratamiento. Suerte”*. Por supuesto, esto llamó mi atención, no por lo compleja que podría ser la persona, sino por cómo ya la habían categorizado.

En la primera entrevista, Cristina refiere sentirse *“angustiada y aburrida de todo”*, con mareos, náuseas, malestares gastrointestinales e insomnio. Manifiesta, entre otras cosas, sentirse abrumada por la falta de comunicación que mantiene con su actual pareja. En cuanto a su infancia, C. señala haber sido víctima de violencia física y psicológica por parte de su madre, la que a la vez era violentada por su marido, padre de Cristina. A éste lo describe como *“un buen sostenedor”* y cariñoso con ella, aunque cuando ingería alcohol se tornaba serio e irascible; por otra parte, a su madre refiere *“odiarla desde niña”*, puesto que la ridiculizaba frente a sus amigas y frente a su padre; y atribuye a ésta la responsabilidad de que su padre haya abandonado la casa cuando C. tenía 16 años, perdiendo el contacto con él hasta la actualidad. En cuanto a su historia con sus parejas, la relación con su ex marido comenzó cuando C. tenía 18 años, en que se escapó de casa para ir a vivir con él, tuvieron dos hijas. Esta relación, en la que además existía violencia entre ambos, terminó debido a que ella le fue infiel en reiteradas ocasiones, aludiendo a que cuando sentía un involucramiento afectivo intenso por él, al mismo tiempo sentía el impulso de engañarlo con otro hombre. Posterior a esto, entabló una relación de convivencia con uno de sus amantes anteriores, con quien tuvo su tercera hija. Pese

a que igualmente se agredían, C. continuó con él *“para mantener económicamente a las hijas”*. Luego de 12 años de convivencia, C. se separó al saber que éste intentó abusar sexualmente de las dos hijas mayores. Dado que no tenía dónde llegar, pidió asilo a su madre, quien la recibió junto a sus hijas. Sin embargo, C. comenzó a buscar otro hogar, momento en que conoció a su actual pareja, a quien describe como *“buen hombre, pero muy callado”*; a su vez, reconoce que le angustia el que *“no le diga que la quiere”*, pese a que se lo pregunta reiteradas veces y él asiente con la cabeza; además, respecto a la misma temática, manifiesta *“no puedo soportar que aún pague las deudas que contrajo con su ex esposa, y, para remate, soy yo quien se hace cargo de administrar sus cuentas y pagar todos los meses”*.

Desde una primera impresión, llama la atención la desvinculación emocional presente en C. al momento de relatar lo acontecido con sus hijas y los hechos de violencia intrafamiliar; sin embargo, no ocurre lo mismo al referirse a su madre, en que apretaba los puños y golpeaba el asiento cuando la relacionaba con su padre, queriendo que yo entendiera claramente su rabia hacia ella y buscando, con silencios y mirada fija, alguna señal de aprobación mía; el mismo comportamiento evidenció cuando relataba su disconformidad con su actual pareja; ambas situaciones con evidente teatralidad. En resumen, muestra un modo de ser muy afectivo en ocasiones, muy dominante, sufriente y agresivo; características de ciertas personalidades histéricas.

Abordaje desde la Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica

En primer lugar, es pertinente analizar un aspecto fundamental desde esta perspectiva, referido a la estructura psicodinámica profunda de la histeria y describiendo su constitución en base a una situación edípica infantil, que, en palabras de Fiorini (2002), supone relaciones de conflicto muy intensas con el triángulo edípico. Esas situaciones de intensa conflictiva edípica en la histeria guardan relación con ciertas identificaciones distribuidas a lo largo de este triángulo edípico; lo más claramente estudiado como estructura profunda del Edipo en la histeria muestra el juego de los conflictos entre una figura idealizada del hombre, una figura idealizada de la mujer que está en pareja con ese hombre y una figura denigrada de una tercera, como mujer excluida de esa pareja. En el caso expuesto,

se puede observar la presencia de esta dinámica, comenzando con la percepción de su madre y padre en la infancia, hasta la temática conflictiva con su pareja actual, en que se mantiene tal triangulación de manera latente, donde ella lucha por ser la prioridad de este hombre idealizado y excluir a la ex mujer, la que de cierto modo, se hace presente de manera simbólica en el pago de las deudas. Así, asume una posición fálica omnipotente, al hacerse cargo de las cuentas y dinero, que la rescata de la experiencia y de las fantasías de castración. Por otra parte, podemos distinguir la posición egocentrada; la posición narcisista histérica. En el caso de C. se distingue un yo narcisista que en un papel activo inicia la escena dramática; es ella quien se ofreció a tomar el control de las cuentas y administrar las deudas, sabiendo que eran pasadas; al hacerlo, de manera agresiva pide explicaciones a su pareja nuevamente del porqué de esas deudas, sin embargo, al no recibir una respuesta que de cierta forma “elimine esas deudas”, y con ello “elimine a su ex esposa”, se desilusiona, entonces pasa a la posición pasiva, herida, y sintiéndose a la deriva. Otro aspecto que no puedo dejar de abordar, es el lenguaje de afectos presente en este tipo de estructuras de personalidad. Cristina siente la necesidad de una continua manifestación de afectos de parte de su pareja, asimismo, necesita sentirse valorada por él, sobre todo al hacer tal acto respecto de sus cuentas, y se frustra al no conseguirlo en su lenguaje, en dicho lenguaje de afectos.

Si elijo una manera de graficar el actuar histérico, o al menos el que se ha reproducido frecuentemente en la vida de Cristina, me inclino a utilizar los aportes de Maldivsky en cuanto a las escenas histéricas, siguiendo una breve secuencia:

- 1) Situación depresiva, monótona, en la que la protagonista sueña con un paraíso utópico;
- 2) Escena de seducción, de tentación y erotización vitalizadoras;
- 3) Consumación de la seducción, exclusión del rival en una situación triangular, seducción del personaje idealizado, representante del falo omnipotente. Escena de triunfo y exaltación;
- 4) Fracaso de la seducción, retorno triunfante del rival, castración propia y/o castración del personaje idealizado en la escena 3, pérdida del paraíso, situación infernal;
- 5) Nueva situación depresiva, monótona, rumiando decepciones, heridas y resentimientos resultantes de aquella secuencia; lento retorno hacia la posibilidad de ensoñar la aparición de una nueva situación paradisiaca.

En este modo de psicoterapia -como regla general, al ser breve- es importante mantener las intervenciones ligadas a los objetivos psicoterapéuticos establecidos dentro de las primeras entrevistas y siempre guiarse y abordar el foco identificado (el que también puede ser modificado frente a nuevas situaciones conflictivas); no es aconsejable favorecer la regresión, puesto que aumentaría la profundidad del proceso y, al no poseer las herramientas técnicas adecuadas ni el tiempo necesario, se podría perjudicar más que beneficiar al paciente. Sin embargo, existen reglas básicas que, necesariamente, se deben adoptar para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico exitoso, sobre todo con pacientes con estructura histérica. Entre ellas, según afirma Fiorini (2001), se encuentra la constitución del vínculo terapéutico, el que no necesariamente constituye siempre una adecuada alianza terapéutica al tratar con estos pacientes, debido a la ilusión histérica en su lucha por el poder. De tal forma, es indispensable en este aspecto que la constitución del vínculo terapéutico se transforme en un campo de trabajo interpretativo permanente, lo que nos propone un estado de alerta constante, una especial receptividad para toda manifestación resistencial y transferencial. Asimismo, es necesario identificar una unidad subyacente a los diversos conflictos que relate el histérico, lo que permitirá reconocer que hay una cierta monotonía oculta, un ciclo rígido de repeticiones, en las cuales un tipo de situación de conflicto se manifiesta, una y otra vez, con variaciones: esa secuencia tipo comprende las fases de ilusión, frustración, decepción, agresión, respuesta agresiva de los otros, depresión, nueva ilusión (Fiorini, 2002). En el mismo sentido, se aborda además el modo en que el/la paciente relata y expresa dichas situaciones, con la finalidad de evidenciar el permanente lenguaje de emociones presente, y sus respectivas consecuencias, y, paulatinamente, ir incluyendo el lenguaje de lo racional. A este respecto, podemos incluir, como se da en el caso de Cristina, la problemática de la Fibromialgia, aquel síndrome de fatiga y dolor crónico sin causa física aún determinada (Barrera, Cortés, Guerrero y Aguirre, 2005). Tal como señala Pozzi de Ríos (2005), a través de sus dolencias, las histéricas e histéricos nos “hablan” de sus representaciones reprimidas, deformadas por los efectos de la condensación y el desplazamiento. Los síntomas conversivos están determinados por la historia del individuo: cada sujeto le pone su sello único y particular, que tiene que ver con su pasado. Tal manifestación

entonces, junto a las demás ya señaladas, deberán ser trabajadas una vez que se abre la etapa en la que se va captando progresivamente que aquellas escenas son actualizaciones de escenas derivadas del proceso edípico infantil particular de la estructura histérica. Se trata de comprender que aquellos juegos de triunfos y exclusiones remiten a esa historia de una ubicación conflictiva, excitante y frustrante, entre las figuras materna y paterna. No se trata meramente de aquellas figuras reales, sino de las imagos constituidas en los interjuegos de las interacciones reales y fantaseadas (Fiorini, 2002). Así, el reconocimiento de esas figuras de identificación que habitan en el universo histérico permite desenvolver una tarea de reconstrucciones de su historia personal, lo que abre los movimientos en una etapa en que se da un retorno desde los conflictos centrados en figuras masculinas (representantes de la imago paterna) hacia las carencias y demandas pendientes de maternaje y de satisfacción oral que hubieron de dirigirse originariamente hacia la figura materna (recordando que en el Edipo histérico se reclama precozmente del padre lo que se busca del padre en todo proceso edípico, pero también todo lo que la madre histerógena deja sin satisfacer en el plano de la demanda oral). Así se transita por una etapa de duelos, duelo por debilitamiento de las idealizaciones puestas en los representantes fálicos de la imago paterna, duelo por toma de contacto con necesidades maternas que estaban negadas a través de una erotización pseudogenital y de la rivalidad hostil con la figura de la mujer. Por lo tanto, mediante una actitud especial de continencia de parte del terapeuta, además de apuntar al insight y elaboración, puede darse paso a abrir posibilidades de asumir relaciones nuevas con la realidad, lo que permite ampliar y consolidar capacidades adaptativas y creativas mediante las cuales la persona puede encontrar fuentes de placer en su realidad.

Conclusión

Está claro que todos quienes nos dedicamos a la orientación psicoanalítica, en algún momento, debemos abordar el tema de la Histeria. Así también, al ejercer la psicoterapia, indudablemente nos encontraremos con pacientes con tal estructura. El caso de Cristina supone muchos aspectos a analizar, pero la intención de este trabajo fue apuntar a lo básico de su caso y a orientaciones en su abordaje

psicoterapéutico. La psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, si bien se aboca a un determinado foco, no quiere decir que carezca de profundidad; por supuesto, la meta en esta modalidad nunca será la reestructuración de la personalidad, pero sí buscar el alivio sintomático del paciente y el entendimiento de ciertos padecimientos. En cuanto a la personalidad histérica, igual de importante que el conocimiento de la técnica, es la actitud del terapeuta. Es de vital importancia, en primer lugar, apartarse de las percepciones asociadas a cuán problemático/a, demandante o agresivo/a puede ser la persona; así también, tener la sutileza y delicadeza para llevar de manera calma el proceso, controlar el tiempo de las intervenciones sin perder de vista los objetivos y el foco, además de siempre estar atentos al enorme aporte de la contratransferencia. Es preciso tener la disposición a entender que siempre, detrás de cualquier acting-out, teatralidad, conversión, etc., hay un mensaje que quiere ser expresado, una real petición de ayuda; no es que el histérico decida hacerlo así, sino que no sabe hacerlo de otra forma. Es así que el descifrar ese mensaje y escuchar tal petición no es responsabilidad ni tarea de otro que no sea el terapeuta; sólo hay que estar dispuesto a ello.

Resumen: Es sabido que gran parte de la obra de Freud apunta a explorar y describir la etiología, manifestación y abordaje clínico de la histeria. Con el paso del tiempo, la histeria en su noción de entidad patológica ha perdido terreno, pero no por ello ha dejado de existir. En el presente trabajo, mediante el análisis de un caso clínico, se abarcan dos temáticas relevantes: por una parte, se describe el análisis y abordaje terapéutico realizado desde la psicoterapia focal con orientación psicoanalítica; por otra parte, considerando la represión y conversión en tanto aspectos fundamentales de esta neurosis, se analiza el diagnóstico de fibromialgia en la paciente desde tal perspectiva.

Descriptor: psicoanálisis, inconsciente, neurosis, psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrera, M., Cortés, J., Guerrero, H. & Aguirre, A. (2005). La fibromialgia: ¿un Síndrome Somático Funcional o una nueva conceptualización de la Histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Revista Salud Mental*, 28(6), 41-50.
- Blacker, K. & Tupin, J. (1991). Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories. En M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder* (pp. 17-66). Nueva Jersey: Jason Aronson.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fiorini, H. (2002). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Marchant, M. (2000). Apuntes sobre la Histeria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 9(1), 135-144.
- Pérez, E., González, A., Moreno, A., Ponte, N. & Delgado, M. (1997). Personalidad histérica o trastorno de personalidad histriónico: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(62), 223-236.
- Pozzi de Ríos, M. (2005). La imagen corporal en la histeria de conversión. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 27 (1/2), 17-37.
- Rodríguez, C., Ávila, A., Abello, A., Aburto, M., Castaño, R., Espinosa, S. y Liberman, A. (2013). Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico/ histriónico como modelo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (120), 693-711.



**Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires
XXXVII Simposio Anual**