

La histeria como organización o estructura relacional (2): Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva

Jorge L. Tizón¹

A partir de la consideración de la histeria como una forma de relación psico(pato)lógica o «estructura relacional», introducida en el trabajo anterior, en este se intentan describir y comprender las diversas formas o manifestaciones de dicha estructura en la psicopatología contemporánea en tanto que combinaciones de la misma con otras organizaciones (psicopatológicas) de la relación.

Para terminar, se aportan unas breves notas sobre las consecuencias que tal perspectiva posee sobre las técnicas terapéuticas de base psicoanalítica.

Palabras clave: Histeria - Psicopatología - psicopatología psicoanalítica - relaciones objetales - estructura - organización relacional - conversión.

Papers begins from the point of view of hysteria as a relationship organization or structure described in previous paper and points out the (internal) object relations as a basic element of «the matrix of hysteria».

With that background, author tries to revise the clinic syndroms or manifestations of hysterical organization on contemporary psychopathology as combinations of hysterical relationship and other organizations or structures of relationship. Some brief notes about the repercussions of that psychopathological vertex of hysteria conform the end of second introductory paper.

Key words: Hysteria — Psychopathology - Psychoanalytical Psychopathology- Object Relations — Structure — Relational organization- Conversion.

1. La relación (de objeto) histérica y la Organización o Estructura Histérica de la Relación (OHR-EHR).

En este apartado deseaba concretar algunas de mis impresiones sobre el objeto del histérico, provenientes sobre todo del trabajo psicoanalítico con pacientes en los que predominaban esos rasgos o esa estructura. En general, el objeto con el que la estructura histérica o la parte histérica de la personalidad trata de identificarse es con un objeto real, pero sobre el cual se ha proyectado tal cúmulo de fantasías, que la parte *real* del objeto acaba siendo a menudo la menos importante para la identificación histérica. Lo habitual es encontrarse con una *profunda escisión o disociación del objeto* del drama interno del histérico en un objeto idealizado irreal, por un lado, y un objeto denigrado en la realidad, por otro: son los derivados de la denegación, por un lado y, por otro, de la aceptación y exageración dolorosas de la falsedad del objeto percibida bajo la aparente capacidad (emocional) del mismo. A nivel más profundo, la vida mental de estos pacientes creo que

está dominada por la impresión de que el Otro aparentemente capaz y potente con el que intentan identificarse, es en realidad otro no-continente, incapaz de atender las reacciones emocionales del bebé y del niño. He ahí la frustración que está en la base de la «dependencia ávida y voraz» del histérico.

Todo ello conlleva una combinatoria determinada en la relación de objeto interna del histérico, uno de los factores fundamentales del estudio de toda relación y especialmente característica en la *estructura relacional histérica*. Los elementos fundamentales del mundo de los *objetos internos en el histérico* estarán marcados por las siguientes características, que intento matizar y completar a partir de Brenman (1974, 1985):

Los objetos internos están presididos por una *madre* o una *función materna abrumada por la angustia* y que continuamente trasmite que tal angustia es catástrofica. Pero, al tiempo, su *narcisismo* y posición social le obligan a aparentar poseer la panacea contra la angustia y por lo tanto, trasmite al mismo tiempo al bebé y al niño/a tanto la angustia como la impresión de que «todo está controlado y bien» (lo que es falso).

Esa madre (vivida como) angustiada e insegura, intenta sin embargo atender al niño/a (a su vez desorientado e insegurizado, pero que va desarrollando unas buenas capacidades cognitivas y simbólicas). Y lo hace con unos cuidados maternos en ocasiones absorbentes, omnipotentes en otras, con un *exceso de estimulación sensual* casi siempre. Trasmitiendo por tanto al bebé y al niño/a que «*te cuido tan bien que no tienes derecho a quejarte. Si te quejas es que exiges demasiado*». Esa proyección de la culpa es una nueva fuente de confusión en el bebé y el niño. Pero es que lo importante para esa *madre-objeto interno* es *evitar la catástrofe psicológica* a la que se siente continuamente abocada y que el futuro histérico percibe o cree percibir. Porque se trata de un *objeto interno materno* siempre oscilando, como hará en el futuro el histérico, *entre la catástrofe y la negación* (de la catástrofe, del conflicto, como en el sueño transcrito en el trabajo anterior). Además, esa relación no llega a ser suficientemente contenida y/o contrarrestada por un tercero: el padre y/o el objeto paterno suele ser ausente, o enfermo, o simplemente deficitario en sus funciones parentales (¿el padre castrado en el modelo fálico-edípico?). Uta Rupprecht-Schampera (1995, 1997) ha descrito recientemente cómo para intentar progresar en el proceso de separación-individuación, para intentar salir de la simbiosis patológica con ese objeto materno, la niña y el niño se dirigen hacia el otro miembro de la *triangulación originaria*: pero se encuentran con un padre que les recibe erotizadamente (sobre todo las niñas) o bien con un padre que por su propia insuficiencia les redirige sobre el objeto materno, como en el caso de la histeria en los hombres y en determinadas manifestaciones homófilas en histéricos.

Desde mi punto de vista actual, lo realmente relevante es que casi no hay vivencias primitivas de *unidad originaria*, de triangulación originaria armónica, por lo que el futuro histérico/a crece en una situación de *falsedad psíquica* y desconfian-

za, negadas mediante gestos y estimulaciones. De ahí la *desconfianza* profunda en el objeto y una de sus consecuencias paradójicas: la *dependencia ávida* del histérico. Una dependencia a un tiempo ávida, inacabable, por un lado, y estéril, por otro: lo que se teme y se evita es el aspecto creativo, transformador de la relación, que haría renunciar a los modelos relacionales histéricos (con la angustia catastrófica consiguiente). Esa es la verdadera catástrofe que se trata de evitar: las relaciones mutativas, el «cambio catastrófico».

Frecuentemente, es de esta «dependencia ávida» de donde nace la «necesidad» de la *erotización* anticipatoria: es una forma de asegurarse el mantenimiento del control del objeto, una forma de la cual, a menudo, el histérico ha tenido vivencias tempranas, frecuentemente incestuosas, además.

Pero como el objeto que se ofrece al bebé para identificarse es falso e irreal, queda incorporada una tendencia a relacionarse con aspectos infantiles e inmaduros («histéricos», narcisistas), de la madre, de la triangulación originaria, del Otro. La envidia no puede llegar a enfrentarse y, menos aún, elaborarse: por eso las defensas histéricas, los intentos de salir adelante como un «histérico logrado».

Como una consecuencia de estos antecedentes en la realidad externa y, sobre todo, en la realidad interna e interactiva, apunté hace años la hipótesis de que tal vez la estructura histérica pudiera también entenderse como una forma de interjuego de varios *estados infantiles de la mente* en el sentido de Meltzer y Harris (1989). A mi entender, los estados infantiles de la mente involucrados en la *estructura histérica* serían fundamentalmente los llamados por Meltzer *bisexual*, *infantil femenino* y «*banda de chicas*», los cuales luchan por mantener la identidad dominante en la estructura histérica. Como estados de la mente alternativos en tal organización podemos encontrar el *infantil masculino* y el de la «*banda de chicos*». El peligro siempre presente es que esa dialéctica sea acaparada por el *estado invertido o pervertido de la mente*. Como si cada grupo de objetos estuviera «jugando al escondite» con el otro grupo, mas en un juego bastante fútil y bastante perverso. Todos ocultan, se escabullen, mienten... No hay ninguna figura adulta, madura, con la que identificarse... En la *organización histérica de la relación*, el «*estado adulto de la mente*» se halla excluido. Desde luego, ello no es así en la persona histérica: esa es la base para las posibilidades terapéuticas de los pacientes histéricos, incluso graves. Pero hemos de estar dispuestos a que, durante años, cada vez que con estos pacientes nos acercamos a algo significativo, que pudiera despertar emociones introyectivas, éstas tiendan a ser evitadas por medio de lo que la Sra. A. llamaría «sus piruetas», en el lenguaje o en la conducta. Aunque ella misma las haya podido sentir asombrosamente estereotipadas, infantilizadoras, «desmentalizadoras»... Como si a consecuencia de la dificultad de identificación con un objeto sólido, la estructura histérica tendiera a construir varios «falsos self» fragmentarios y cambiantes: la «niña seductora», «la niña mala de la banda que se escabulle para hacer algo muy emocionante»... Aunque, tanto en los histéricos que buscan tratamiento psicoanalítico como los que no, siempre hay algo en el fondo —su parte más adulta, o sana, o en contacto— que le dice que tanto esfuerzo «no vale la pena», que es estéril.

Para el histérico, entonces, si quiere «salir adelante como histérico», no queda más que el recurso continuado al *egocentrismo* (reactivo a la fragilidad del self). Es el egocentrismo exacerbado por la edad, los fracasos, las frustraciones reales e imaginarias, junto con la utilización reiterada de la perversión, lo que creo que da lugar tarde o temprano al rechazo del histérico grave por parte de conocidos, amigos y familiares. Aquí tal vez convendría recordar cómo Emmy von N. y Dora acabaron sus vidas como «histéricas de tipo maligno» (David, 1974). Ya Freud (1895) tomó nota de la descripción de Emmy von N. a cargo de su hija: «cruel y despiadada». Félix Deutsch, que reencontró a Dora a los cuarenta y dos años, recoge la frase del médico que la atendió hasta su muerte. Según aquél, Dora «era la más repugnante histérica que haya conocido. Su muerte será una bendición para su familia» (Kremer en Abadi y cols., 1986).

En resumen: En la perspectiva actualizada de la histeria, por ejemplo de Yarom (1997), los elementos básicos de la «matriz de la histeria» son: 1) Conflictos con el Edipo, la sexualidad y el género: «¿Soy un hombre o una mujer?». 2) Represión, denegación, disociación y uso defensivo de la fantasía. 3) Conversión: el cuerpo como lenguaje. Teniendo en cuenta lo dicho hasta ahora en este apartado, y como resumen del mismo, creo que podría incluir aquí un esquema de los *elementos que considero fundamentales en la estructura u organización relacional histérica*, completando o matizando esa perspectiva expuesta recientemente por Yarom (1997).

A mi entender, esos elementos básicos de la matriz o estructura histérica de la relación serían los siguientes:

- 1) Conflictos con el Edipo, la psicosexualidad y el género. Competitividad homófila.
- 2) Familia (y la dinámica mental) dominados por la alternancia «entre la catástrofe y la negación».
- 3) Uso dramatizador/seductor del cuerpo: ello da lugar a aparentes «erotismos», «neo» e «hipersexualidades», pero también a expresiones somatomorfos y conversiones. (Los «frecuentes trastornos psicósomáticos» de estos pacientes no creo que formen parte de la propia estructura histérica, sino de la combinatoria de la misma con la organización de la relación a la que he llamado «operatoria» —Tizón 2000— y de vulnerabilidades biológicas específicas).
- 4) Versatilidad de las defensas: la ERH puede utilizar defensas propias de la posición esquizo-paranoide y defensas de propias de la posición «depresiva» o reparatoria, más «neuróticas».
- 5) Organización fundamentalmente narcisista y, por lo tanto, egocéntrica. Fantasía desiderativa de «salir adelante como histérico triunfante».
- 6) En general, uso hipertrofiado y defensivo de la fantasía.
- 7) Problemas de identidad e identificación.
- 8) Uso frecuente de la «confusión secundaria», la mentira, la mitomanía.
- 9) Combinatoria y alternancia de posiciones esquizo-paranoides y posiciones «reparatorias» con momentos (reales) de confusión primitiva.

- 10) La estructura puede equilibrarse en el mundo interno y en el externo gracias a una auténtica adicción a los conflictos sadomasoquistas internos y externos.
- 11) *Características del «objeto (interno) del histérico»*: confusión y manejo objeto total / objeto parcial, objeto interno central vivido a menudo como objeto combinado madre-padre ávidos y narcisistas (devoradores), tendencia a la parcelación de la realidad y del objeto en aspectos fobógenos o persecutorios y aspectos seducibles, controlables.
- 12) *Dinámica de la relación objetal*: dependencia voraz y estéril del objeto. Despliegamiento: exploración / control inacabable de un objeto que en el fondo se desea honesto, seguro, solidario y coherente, pero se fantasea como deshonesto, abandonista, narcisista e incoherente, como la madre-padre combinados.
- 13) Seducción en la contratransferencia que da paso a irritación en la contratransferencia.

Este último es un elemento psico(pato)lógico, pero también técnico e incluso diagnóstico al que no me había referido anteriormente. Tanto en mi experiencia como en la de otros muchos psicoanalistas, el analista (y el terapeuta en general) se halla presionado primero, hacia la seducción/erotización (*seducción en la contratransferencia*). Después, hacia el rechazo y el abandono (real o emocional) del paciente por múltiples ardidés contratransferenciales que deben ser sorteados: colusión con propuestas de alteración del encuadre más o menos inconscientes, con los errores técnicos consiguientes; actuación de la propia omnipotencia y/o narcisismo personales, instigados en numerosas oportunidades por los pacientes; colusión con las tendencias relacionales sado-masoquistas; frustración irritada ante el fracaso de sus intentos terapéuticos, tanto sanos, adultos, como narcisistas... De ahí que la *contrastransferencia irritada* sea tan frecuente en el segundo momento de la relación con los histéricos que puede considerarse un elemento diagnóstico. De hecho, es una de las causas de los rechazos y desprecios por parte de los profesionales y el medio asistencial que siempre ha suscitado la histeria y que Szazs (1968) recoge y amplifica. Pues ¿cómo entender si no que a los histéricos se les muestre en público, incluso semidesnudos, se hagan sesiones de su «conversión» que son contempladas durante siglos, convertidas en obras de arte, se les pinche con agujas, se les queme en las exploraciones con diversos objetos (o en la hoguera, a cargo de la Inquisición), se les hagan miografías, arteriografías, exploraciones abdominales, rectales, urológicas, ginecológicas, se les apliquen corrientes farádicas y de otros tipos, se les empeore mediante el uso crónico de benzodiazepinas, se les extirpe el útero y/o la vesícula con tanta frecuencia, se les apliquen eletroshocks y un largo etcétera de agresiones «profesionalizadas»?

2. Aplicaciones psicopatológicas de esta perspectiva..

La perspectiva de la psicopatología psicoanalítica basada en las *organizaciones de la relación (de objeto)* creo que tiene la ventaja de que permite entender la

frecuente variabilidad, polimorfismo e incluso confusiones que reinan en el estudio psicopatológico de la histeria y que, en buena medida, han favorecido su desmembramiento en algunas clasificaciones psiquiátricas modernas como en DSM-IV (APA 1985). ¿Es posible entender un cuadro, un diagnóstico o una «entidad clínica» que unos consideran neurótica, incluso el «modelo de la neurosis», mientras que otros, o los mismos, pueden llegar a hablar de «psicosis histérica»? ¿Cómo entender el misterioso «desplazamiento de la libido» que se da en la *conversión*? ¿Hasta qué punto un cuadro disociativo puede corresponder a un trastorno límite de personalidad, a un funcionamiento mental límite o a una estructura histérica? ¿Es la conversión un fenómeno histérico clave, característico, o tan sólo accesorio? ¿Los histéricos pueden alucinar, como creían Breuer y Freud y otros muchos psicoanalistas y psicopatólogos, o se trata, más que de alucinaciones, de *alucinemas*, es decir, *comunicación de alucinaciones* con e fin de dramatizar o seducir? ¿Cómo diferenciar las actuaciones polimorfas y perversas de la «perversidad» en la histeria grave?

Creo que desde una perspectiva psicoanalítica actualizada habría que diferenciar entre *rasgos histéricos* y *estructura histérica*. Porque la organización relacional histérica puede manifestarse por *síntomas relacionales* o bien por síntomas *relacionales* y *conversivos* conjuntamente. Hay que tener en cuenta que, si pensamos el cuerpo y el self corporal como *objetos transicionales*, también, en último extremo, la conversión es un avatar de la relación. Por ello, creo que la mayor o menor importancia de la escisión de la dramática interior en el cuerpo o en las profundidades de lo inconsciente, es lo que lleva al predominio de los aspectos conversivos o los aspectos relacionales, más o menos disociados, de la histeria.

Desde la perspectiva que vengo exponiendo, sin embargo, habría unos pacientes en los cuales la estructura u organización histérica se presenta casi «pura», sin otras organizaciones psicopatológicas que hipotequen gravemente la tendencia a funcionar en «posición reparatoria»: Estos pacientes sólo son diagnosticados de «neurosis» si van al psiquiatra, y sólo van al psiquiatra si hay conversiones. Son pacientes que presentan organizaciones «adultas» o «sanas» de la personalidad, pero sin que hayan podido superar o elaborar suficientemente la *triangulación de la fase fálica* o *complejo de Edipo*. A menudo, un yo con amplias capacidades de mentalización y defensivas se ha descompensado (parcialmente) tras la pubertad y, como consecuencia, se da un compromiso entre la tendencia a satisfacer los deseos incestuosos infantiles (que les llevan a la seducción, la erotización, la dramatización...) y la tendencia a evitar su realización (que les lleva a la dependencia, frigidez, impotencia, homosexualidad...). Si esa estructura relacional histérica está dominada por aspectos de la personalidad más sanos, más reparatorios, más capaces de soportar la «posición reparatoria», todo ello se manifiesta en forma de *rasgos histéricos en la personalidad*, rasgos que pueden conferir especiales capacidades para la simbolización, las relaciones sociales, la trasmisión emocional, capacidades de atracción o seducción, de comunicación, etc.

A nivel psicopatológico eso significa que en contadas ocasiones podremos observar la organización relacional histérica como dominante en la clínica psiquiá-

trica. Tal vez en algunos niños. Pero aún aquí, dada la prematuridad de su instauración, pronto se ve contaminada, combinada con otras organizaciones relacionales: perversa, paranoide, fóbico-evitativa... En ese sentido, la antigua *neurosis histérica* sí que es poco frecuente en la clínica actual. Tal vez haya sido excepcional en cualquier época: no hay que olvidar que la mayor parte de los casos descritos por Freud, desde un punto de vista psicopatológico actual, tendrían que considerarse hoy como trastornos histriónicos y «desequilibrios borderline» o «límites» con elementos histéricos.

Ahora bien: si esa estructura relacional histérica resulta dominante y egosintónica, en una personalidad adaptada socialmente, suelen manifestarse los cuadros clínicos que la psiquiatría actual califica de *trastorno de personalidad histriónico* (o histérico). Las dramatizaciones, a menudo con un cierto carácter infantiloides, juegan aquí un papel esencial en las manifestaciones «histriónicas». En unos casos, ese aspecto inmaduro, infantil, es poco notable, salvo en los momentos de angustia, los duelos, algunas conversiones y trastornos psicofisiológicos casi secretos... Son casos que tampoco suelen aparecer por el psicoanalista, salvo en los así llamados «análisis didácticos» o «de formación» —como en el grupo anterior. En la base hallamos conflictos preedípicos y edípicos (o «manifestaciones edípicas» de conflictos edípicos y preedípicos irresueltos). La *separatividad* tiende a ser negada, controlada mediante la versatilidad de las identificaciones y la escisión del Yo. En el análisis suelen aparecer vínculos fusionales con objetos internos idealizados, que el propio análisis (y más el supuestamente «didáctico») puede incluso empeorar, bajo la apariencia de una «huída hacia la salud». Esos avatares y otros muchos que no puedo describir aquí, determinan el que, a pesar de lo que suele pensarse, el tratamiento psicoanalítico de este tipo de consultantes sea difícil y de incierto futuro.

Si domina la estructura relacional histérica, pero con menos capacidades de adaptación, cierta egodistonía y un montón importante de conflictos infantiles no resueltos, el cuadro clínico que suele producirse es el que la psiquiatría clínica actual califica como de *histeria disociativa o de conversión* (o, en otros términos, «trastornos conversivos» o «trastornos disociativos», siguiendo el típico escotoma antiteórico —que, en realidad, no es antiteórico: a menudo es tan sólo antipsicoanalítico). En estos casos, la estructura relacional histérica se combina en la personalidad con aspectos de «personalidades infantiles», limítrofes, «narcisísticamente vulnerables» o «fálico-narcisistas», con rasgos caracteriales... Predomina la egodistonía, con menores capacidades de adaptación. A pesar de lo que suele creerse y de las descripciones clínicas clásicas de estos cuadros, la inmadurez de la personalidad es lo que da el carácter global a las manifestaciones de estos pacientes, no sus «síntomas en positivo», dramatizaciones bien claras en la mayor parte de los casos. Esa inmadurez, o «personalidad infantil» en el sentido de Kernberg (1975), hace que incluso la estructura relacional histérica presente sea inacabada, algo en lo que pueden coincidir tales cuadros con el grupo citado anteriormente —con los cuales, en realidad, forman un continuum en ocasiones difícil de deslindar. En ambos casos, pero más a menudo en la histeria de conversión que

en el trastorno de personalidad histriónico, se sobreañade al cuadro un uso adictivo y disociativo de psicofármacos y/o otras drogas, trastornos de conducta más o menos aparatosos y trastornos del control de los impulsos. Por añadidura, a las conversiones se añaden somatizaciones y rasgos histriónicos relacionales, desde luego. En la genealogía de tales cuadros podemos encontrar una historia infantil accidentada, que ha llevado a trastornos en la vinculación y a cuidados parentales inadecuados, cuyo resultado es una falta de estructuración del yo, falta de estructura que se trasluce en la inmadurez y los elementos infantiles. Al contrario de lo que suele pensarse con respecto a la histeria, las dificultades de la vinculación en la edad adulta hacen que estas personas tiendan a vincularse más por la agresión que por la psicosexualidad o el erotismo. También en contra de lo que suele creerse y hacerse, el tratamiento psicofarmacológico es inútil, si no perjudicial (salvo en las crisis); el tratamiento psicoanalítico posee un dudoso futuro. Creo que el tratamiento de elección en estos casos de histeria disociativa y/o de conversión, es la combinación entre una difícil psicoterapia psicoanalítica, con aportes psicosociales y de la red social, con ayuda familiar y con enormes dosis de contención por parte del terapeuta y la red microsocia. Son cuadros que muestran «a lo claro» cuáles deben ser las características imprescindibles del terapeuta para embarcarse en el tratamiento de pacientes con cuadros complejos como los límites, psicóticos o histriónicos graves y, por tanto, para embarcarse en el tratamiento, psicoanalítico o no, de la estructura relacional histérica: *honestidad, continuidad, coherencia*. Esas son las características que el histérico busca ávidamente en los objetos, pero con el inconveniente de que, para asegurarse de que el objeto es así de seguro, honesto y coherente, le tiende tantas trampas y ardidés... que consigue que caigamos en ellos.

Por último, combinada con otras estructuras relacionales de tipo psicótico y/o formas de funcionamiento límite, borderline (Kernberg 1975, 1992, Tizón 1998), encontramos elementos de la estructura relacional histérica en muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad: dan lugar a los *trastornos límites de la personalidad con manifestaciones histéricas*. En el mismo sentido, son frecuentes manifestaciones de tipo histérico o histriónico en los pacientes esquizofrénicos, sobre todo en el *trema*, alrededor del primer episodio y con ocasión de las mejorías. Tales manifestaciones indican claramente una estructura relacional histérica subyugada por la destrucción psicótica o la *forma de relación simbiótico-adhesiva* del psicótico. Pero no creo que en ellos deba hablarse de «psicosis histéricas» sino de *trastornos psicóticos con manifestaciones histéricas*. La organización de la relación que predomina es la simbiótico-adhesiva, la forma de relación que puede pervivir tras la ruptura psicótica (Tizón 2000). La organización relacional histérica aquí es secundaria, dominada, ocasional...

3. Narcisismo y aspectos inmaduros en la transferencia y la contratransferencia

Como podemos observar, hay dos elementos que confieren gravedad al cuadro clínico de los pacientes en los que domina (o domina a menudo) la estructura

relacional histérica: la inmadurez de la personalidad, basada en alteraciones graves en la triangulación, y las partes psicóticas de la personalidad. El *narcisismo*, en el sentido de los núcleos de la personalidad dominados por fantasías de autosuficiencia (Bofill y Tizón 1994), está siempre en la base, en la trastienda. Así, los histéricos más graves, a causa de la desconfianza consecutiva en el Otro, y de sus impulsos a atacar al objeto envidiosamente, se aferran a los aspectos patológicos de sus propias madres (y de sus propios analistas). Durante años tienden a rechazar los aspectos maduros, coherentes, honestos y solícitos y quedar prendidos (¿prendados?) de nuestros errores, insuficiencias, incoherencias, psicopatología, cosa que en la **Sra. A.**, en la Sra N. y en otros casos tratados por mí, se me ha hecho muy patente. Las dificultades del histérico en las situaciones triangulares se basan probablemente en que muchas de sus aparentes relaciones con objetos supuestamente «totalizados», lo son en realidad con objetos parciales «reconstruidos como totales» por la identificación proyectiva; o bien con objetos bastante totales que, sin embargo, son usados como parciales. Como decía, los núcleos narcisistas están en la base de tales procesos psico(pato)lógicos. La combinación de esas técnicas defensivas con relaciones de objeto más «reparatorias» ocasionales mueve a confusión e incertidumbre continuas en los primeros años del tratamiento psicoanalítico.

En medio de estos continuos y tempestuosos movimientos transferenciales (y contratransferenciales) la posibilidad que creo que existe para llevar adelante un proceso psicoanalítico en un paciente histérico grave —aquellos «difícilmente analizables» de Easser y Lesser (1965) o de Sugarman (1979)—, es intentar recoger una y otra vez su sufrimiento y sus deseos de un reconocimiento profundo, de que el objeto sea lo suficientemente permanente, coherente y honesto como para reconocer el sin-fin de su deseo y su propia insuficiencia para satisfacerlo. Y todo ello, sin responder retaliativamente a los intentos de exploración de nuestra coherencia, seguridad y honestidad, pero también sin dejarse llevar por el narcisismo y la seducción contratransferencial, ni por la irritación contratransferencial. Y no es fácil, porque la indefensión, el sufrimiento profundo, la necesidad de explorar, pueden expresarse con cierta frecuencia por «vías aberrantes» (e irritantes): como el orinarse en el diván de la Sra N., el uso frecuente, durante años, de una «voz de ninfa» en las sesiones por parte de la Sra. A., las actividades y provocaciones de «bichejo» de la Sra. N...

Pero dentro del histérico grave, y muy «a flor de piel», hay un bebé que se siente no querido y que espera un «pecho firme» al que agarrarse. Un pecho tras el cual se encuentre un «buen Otro». Y que ese pecho-análisis «sea propiedad» de un objeto honestamente continente y no perverso o falsamente ansiolítico. Ponerse en contacto con esa necesidad de ternura, de afecto sincero y próximo, así como de otras profundas necesidades es básico para que pueda sostenerse suficiente tiempo un *proceso psicoanalítico* con este tipo de pacientes.

En este sentido, la ya clásica controversia teórica y técnica entre *aspectos edípicos* y *preedípicos* en la histeria (Fairbairn, 1952; Easser y Lesser, 1965; Zetzel,

1968, Sugarman, 1979; Wisdom, 1986...), a mi entender pierde gran parte de su relevancia. Fairbairn había llegado a decir que «mientras la sexualidad del histérico es en el fondo extremadamente oral, su oralidad básica es, por así decirlo, extremadamente genital (...), indicadora de que, en el caso del histérico, es característico que la sexualidad genital haya sido excitada prematuramente». En tal sentido, creo que ambos puntos de vista («edípico» y «preedípico») a nivel teórico pueden ser considerados como tales: como puntos de vista o «vértices» —en el sentido de Bion (1970)— desde donde mirar y entender lo que ocurre en la relación analítica. Por ello, creo que las palabras concretas usadas en la interpretación —que, además deben ser, en la medida de lo posible, las apuntados por el paciente—, tienen menos importancia que la actitud acogedora, pero firme y honesta, que el psicoanalista ha de transmitir con las mismas.

La comunicación paraverbal y los procesos de identificación proyectiva e introyección juegan un importante papel en toda comunicación (y más en la del histérico grave, tan atento a percibir y proyectar, mediante vías paraverbales y no-verbales, modificaciones en el objeto). Por eso pienso que, al igual que pueden darse en un sentido maligno, reforzador de los «círculos viciosos», esas comunicaciones no-verbales también se dan en un sentido beneficioso, en forma del «círculo benéfico» y comunican al paciente los estados profundos del analista, proporcionándole o no una radiografía profunda de un Otro en el que tal vez sí pueda confiar. Si se logra esa confianza, mi experiencia en el tratamiento psicoanalítico de este tipo de pacientes y mi relación asistencial con otros pacientes histéricos graves me hacen pensar que es posible que ocurra comúnmente una primera etapa de erotización, idealización y continuas «puestas a prueba» (por parte del paciente) de la solidez del tratamiento y del terapeuta. Durante esa etapa, como recordaba Rolla (1986), todas las combinaciones de elementos verbales, paraverbales y no-verbales (entonación, timbre de voz, gestos...) tienden típicamente a hacer creer al analista, al *objeto*, en el peligro de catástrofe del paciente y en que es *el otro* el encargado de proporcionar omnipotentemente la solución (por otra parte, denigrada y boicoteada si fuera realmente propuesta: ya el mismo Freud —1900— había descubierto en sus pacientes histéricos «el deseo de que yo me equivoque»).

En mi experiencia, después viene una larga fase en la cual el/la histérica/o *actúa* directamente con gran intensidad, y dentro y fuera de las sesiones, sus conflictos infantiles, tanto eróticos como agresivos, confusionales o perversos y tanto por vías verbales, como paraverbales y no-verbales: sobre todo, por la vía del *acting in* y el *acting out* y mediante los «ataques al *encuadre*» (Etchegoyen 1986, 2001). Si entonces no se pierde el contacto con el *bebé desvalido y asustado* que está debajo, van asentándose en esta fase las bases de una comunicación más continuada y colaborativa, más verbalizada también, y los primeros resultados reales de modificación de su realidad interna (y, tal vez, de la realidad externa, tan dificultada ya en el histérico grave de edad madura...). Con el inconveniente sobreañadido de que, una vez establecido el *proceso psicoanalítico* con estos pacientes, cualquier apunte de inseguridad, incoherencia o deshonestidad en el *encuadre analítico* despierta una intensa ansiedad de significados catastróficos. Se

recrudece entonces la desconfianza en el objeto y, por lo tanto, todo tipo de regresiones y actuaciones, como he intentado ilustrar. Pero si no se confirman ni el rechazo ni el abandono por parte del analista, si no se pierde el contacto con el *bebé desvalido y asustado* que está debajo, van asentándose en esta fase las bases de una comunicación más continuada y colaborativa, más verbalizada también, y los primeros resultados permanentes de modificación de su realidad interna (e incluso de la realidad externa, tan complicada ya en el histórico grave de edad madura...).

Creo que para lograr mantener ese proceso es importante percibir lo más claramente posible el tipo de relación de objeto que vive y ha vivido este tipo de pacientes: de ahí que siga siendo importante profundizar en el modelo, organización o estructura histórica de la relación. A pesar de su versatilidad y (relativa) coherencia, mi experiencia es que también esa estructura psico(pato)lógica puede evolucionar, aunque a través de numerosos vaivenes y avatares. Porque, por otra parte, se trata de un tipo de tratamiento (y un tipo de relación de objeto) lleno de sutilezas, exploraciones «a flor de piel», trasmisiones emocionales simbolizadas y no simbolizadas, ternuras y frustraciones difícilmente conciliables... Un tipo de relación de objeto que, para terminar, querría describir de nuevo, pero esta vez con palabras de **Pablo Neruda**:

**«...Y la ternura, leve como el agua y la harina.
Y la palabra apenas comenzada en los labios.**

**Ése fue mi destino y en él viajó mi anhelo,
y en él cayó mi anhelo, todo en ti fue naufragio!**

Oh, sentina de escombros, en ti todo caía...»

(Pablo Neruda, 1924)

Bibliografía

- Abadi M, Hagelin,A, Kremer,LR (Coord.), Peskin,L, Rappoport,E,(1986): Mesa redonda 'Acerca de la Histeria'. *Rev. de Psicoanálisis.*, 63; 5: 1123 1172,
- Allen D,(1977): Basic treatment issues. En M. Horowitz (ed.), *Hysterical Personality*. Jason Aronson; New York.
- APA (1995): *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales -IV.*(4a edición). Barcelona: Masson, 1996.
- Atxotegi J . (1996). Modelos diagnósticos desde una perspectiva psicoanalítica: consideraciones generales. Presentación de un modelo basado en la interrelación estado de ánimo-modalidad de la construcción del objeto. En G. Gutiérrez, E. Chamorro, J. Bachs (eds). *Psicoanálisis y universidad*. Madrid: PPU 1996.
- Bick,E. (1968).The experience of the skin in early object relations. *Int. J. Psycho Anal.*,49, 484-486.
- Bick, E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British Journal of Psychotherapy*, 2, 292-299.
- Bion, WR (1957): Differentiation of the Psychotic from the non Psychotic Personalities. *Int.J. Psycho Anal.* 38,3 4:266.
- Bion, WR (1963a): *Learning from experience*. Londres: Maresfield, 1984 (trad. castellana: *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1966).

- Bion, WR (1963b): *Elements of Psycho-Analysis*. Londres: Heinemann. (Trad. Castellana: *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1966).
- Bion,WR, (1970): *Attention and Interpretation*. Tavistock: Londres.
- Blacker,K, Turpin,J, (1977): Hysteria and hysterical structures: Developmental and social theories. En M. Horowitz (ed.) *Hysterical Personality*. Jason Aronson; New York.
- Bofill P, Tizón JL. (1994). *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- Brenman E, (1974): En Laplanche,J. (1974): Panel on «Hysteria Today». *Int.J.Psycho Anal.*1974; 55: 459 468.
- Brenman E, (1985): Hysteria. *Int.J.Psycho Anal.*, 66: 423 (trad. Cast. en Libro Anual de Psicoanálisis, 1985).
- Brenman E. (1997) La façon dont l'hystérique tente de manipuler la réalité psychique de l'analyste. *Psychanalyse en Europe* 49: 70-80.
- Castilla, C. Inidentidad epistemológica de la Psico(pato)logía. Prólogo a J.L. Tizón: *Introducción a la epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Ariel, 1978.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder, 1975
- Coromines J. (1991). *Psicopatología i desenvolupaments arcaics*. Barcelona: Espaxs.
- David CH. (1974): A discussion of the paper by René Major on 'The revolution of Hysteria'. *Int.J. Psycho Anal.*, 55: 393 395.
- Dio Bleichmar E (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Adotraf: Madrid.
- Easser BR, Lesser SR (1965): Hysterical personality: a re evaluation. *Psychoanal.Quart.*,34: 390-405.
- Ellenberger HF (1968). Aspectes ethno-psychiatriques de l'hysterie. *Confrontations Psychiatriques* 1968;1: 131-147.
- Eskelinen,T, Adroer,S, Oliva,MV, Tous,JM, (1983): Algunas notas sobre la claridad de percepción y la alianza seudoterapéutica en el paciente histérico. *Rev.de Psicoanálisis* ,40 ,2: 391 418,
- Eskelinen,T, Adroer,S, Oliva,MV, Tous,JM, (1987): Us i mal ús de la capacitat d'observar en els pacients histèrics. *Rev.Catalana de Psicoanàlisi* ,1: 17 31.
- Etchegoyen, R.H. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu 1986.
- Etchegoyen RH. Técnica analítica y masoquismo inconsciente del analista. Original cedido por el autor. Buenos Aires 2001.
- Fairbairn WRD, (1952): *Psycho Analytical Studies of the Personality*. Londres: Tavistock, 1952.
- Freixas J. (1997) *Psicopatología Psicoanalítica: El model Freud-Abraham*. Barcelona: Columna.
- Freud,S, (1950): *Project for a Scientific Psychology*. S.E. 1, A.E. 1. (1950)
- Freud,S, (1894): The Neuro Psychoses of Defence. S.E.3, A.E. 3.
- Freud,S, (1895): Studies on Hysteria. S.E.,2, A.E. 2.
- Freud,S, (1896): The Aetiology of Hysteria. S.E.,3, A.E. 3.
- Freud,S, (1900): *The Interpretation of Dreams*. S.E.,5, A.E. 5
- Freud,S, (1905a): *Three Essays on the Theory of Sexuality*. S.E.,7, A.E.7.
- Freud,S, (1905b): Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. S.E.,7, A.E., 7.
- Freud,S, (1908a): On the Sexual Theories of Children. S.E.9, A.E. 9.
- Freud,S, (1908b): Hysterical phantasies and their relation to bisexuality. S.E.,9, A.E. 9.
- Freud,S, (1909): Analysis of a Phobia in a Five Year Old Boy. S.E.,10, A.E. 10.
- Freud,S, (1910): Psychogenic Visual Disturbance according to Psycho Analytical Conceptions. S.E.,11, A.E.11
- Freud,S, (1913): The Disposition to Obsessional Neurosis. S.E.,12, A.E. 12.
- Freud,S, (1917): *Introductory Lectures on Psycho Analysis*. S.E.,15, A.E., 15.
- Freud,S, (1921): *Group Psychology and the Analysis of the Ego*. S.E. 18, A.E.18.
- Freud,S, (1924): The Dissolution of the Oedipus Complex. S.E.,19, A.E. 19.
- Freud,S, (1925): Some Psychical Consequences of the Anatomical Distinction between the Sexes. S.E.,19, A.E. 19.
- Freud,S, (1926): *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. S.E.,20, A.E. 20.
- Freud,S, (1931): Female Sexuality. S.E.,21, A.E. 21.
- Gabbard G.O (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: the DSM-IV Edition*. Washington: Amer. Psych. Press, 1994.
- Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N, Plans R (1986). La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: Una perspectiva desde la Neuropsiquiatría de Zona. *Psiquis* 1986, 71: 35-58.

- González-Fernández E. (1994). *Cultura e saúde mental*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Green,A, (1974): En Laplanche,J. (1974): Panel on «Hysteria Today». *Int.J.Psycho Anal.*,55: 459 468.
- Green A. (1997) Le chiasme (I): prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie. *Psychanalyse en Europe* 48: 43-46.
- Green A (1997).Le chiasme (partie II): prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie; rétrospective, l'hystérie vue depuis les cas-limites. *Psychanalyse en Europe* 49: 28-47.
- Horowitz, M. (ed.) (1991) *Hysterical Personality Style and the Histrionic Personality Disorder*. Northvale: Jason Aronson.
- Houzel D, Bastard,A, (1983): Les troubles névrotiques de l'enfant. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*; 37305 A10; 7 1983; Paris.
- Jones,E (1913). The Relation between Anxiety Neurosis an Anxiety Hysteria. En *Papers on Psychoanalysis*. Wood & Co. New York.
- Israel,L,Depoutot,J C,Kress,J J,Sichel,J P,(1985): Hystérie. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie* 10 1985,37340 A10.
- Kernberg,O, (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson;New York. (Traducción castellana en Paidós, 1979).
- Kernberg O. (1992). *La agresividad en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós, 1994 (capítulo 4)
- Kirmayer LJ, Young A. Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60: 420-430.
- Klein, M. (1934): Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En *Obras Completas de M. Klein*, tomo 2. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Klein, M. (1940): El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En *Obras Compeltas de M. Klein*, tomo 2. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Laplanche J, (1974): Panel on «Hysteria Today». *Int.J.Psycho Anal.*,55: 459 468.
- Laplanche,J, Pontalis,J B, (1968): *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor; Barcelona 1971.
- Lassègue J, Schaeffer J, Jeanneau A. l'Hystérie: Une maladie épidémique?. Les formes contemporaines de conversion. *Bulletin de la Societé Psychanalytique de Paris* 1999, 52: 125-152.
- Lazare A, (1971): The hysterical character in psychoanalytic theory. *Archs. Gen. Psychiat.*,25: 131,137.
- Lemperière, T. (1968). La personnalité hystérique. *Confrontations Psychiatriques*_1: 53-67.
- Liberman, D. (1976). *Comunicación y psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex eds.
- MacKinnon, R.A., & Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Major,R, (1974): The Revolution of Hysteria. *Int.J.Psycho Anal.*, 55: 385 392,
- Marranti,AF, (1986): Histerias, narcisismos, psicosis. *Rev.de Psicoanálisis.*, 63; 5: 1113 1122,
- Mascarell, S., (comp.) (1980). *Aproximacion a la Histeria*. Madrid: Mayoría.
- Mayer,H, (1986): Puntualizaciones sobre la histeria femenina. *Rev. de Psicoanálisis.*, 63, 5: 1037 1048,
- Meltzer,D, Harris,M, Hayward,B. (1989). *El paper educatiu de la família. Un model Psicoanalític del procés d'aprenentatge*. Espax. Barcelona.
- Millon T, Davis R. (1996). *Trastornos de la personalidad*. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson 1998.
- Millon, T, Everly GS (1985). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca 1994.
- Mitchell J. (1974). *Psicoanálisis y feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- Moscone,RO (1986). La histérica,)una antifeminista?. *Rev. de Psicoanálisis.*, 63; 5: 1007 1022.
- Moser A. (1997) Une o plusieurs psychalyses pour comprendre l'hystérie et les états-limites? *Psychanalyse en Europe* 48: 64-84.
- Riera, R. (1996). Histeria y narcisismo.En Gradiva (ed.) *Homenaje a Freud: La histeria cien años después*. Barcelona: Gradiva.
- Rolla, EH (1986): Sobre histeria, caracteres histéricos, psicosis histérica. *Rev. de Psicoanálisis.*, 63; 5: 965 992,
- Rosenfeld, H. (1964). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé 1965.
- Rosenfeld,H. (1971). A Clinical Approach to the Psychoanalytical Theory of the Life and Death Instincts: an Investigation into the Agressive Aspects of Narcissism. *Int.J. Psycho Anal.*,52:169
- Rprecht-Schampera U. (1995). The concept of «Early Traingulation» as a key to unified model of Hysteria. *Int.J. Psycho-Anal.* 76,3:457-473.
- Rupprecht-Schampera U. (1997) Un modèle commun pour toutes les hystéries: de la relation entre hystérie névrotique et hystérie borderline. *Psychanalyse en Europe* 49: 47-57.

- Sandler, J. (1980): The negative therapeutic reaction: an introduction. *Bulletin E.P.F.*, 15:
- Sichel JP, (1985): Hystérie de l'enfant. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, Paris, 10 1985, 37340 A10.
- Steiner, J. (1987): La interacción entre las organizaciones patológicas y las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. *Libro Anual del Psicoanálisis.*, 1987: 59-69.
- Sugarman, A. (1979). The Infantile Personality: Orality in the Hysteric Revisited. *Int.J.Psycho Anal.* 1979; 60: 501-513.
- Szasz TH. (1968): *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu; Buenos Aires 1973.
- Tizón, JL (1992): Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. *Informaciones Psiquiátricas* 1992, 129, 3: 593-616.
- Tizón JL (1994). Cuidado del cuerpo, cuidado de la mente: la difícil integración de servicios y vivencias. En ACPAPSM: *Primeres Jornades del'Associació Catalana de Professionals d'Assistència Pública en Salut Mental*. Barcelona: ACPAPSM, 1994. (pp 21-57).
- Tizón JL (1995). *Apuntes para una psicología basada en la Relación*. Barcelona: Bibliària, 1995 (5a ed.).
- Tizón JL (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva*. Barcelona: Bibliària (60 edición).
- Tizón JL (1998). La agresividad en el psicoanálisis del funcionamiento límite. *Anuario Ibérico de Psicoanálisis 1998*. Lisboa: Soc. Portuguesa de Psicoanálisis- Sociedad Española de Psicoanálisis - Asoc. Psicoanalítica de Madrid, 1998 (pp 193-205).
- Tizón JL (1999). Modelos psicoanalíticos para la Hipocondría. *Archivos de Neurobiología* 1999; 62,2: 99-123.
- Tizón JL (2000). Sobre el psicoanálisis de la relación operatoria: ¿Conflicto o defecto?. *Revista de Psicoterapia y Psicossomática* 2000, 20, 45: 23-53.
- Tizón JL. (2000) Psicopatología relacional de las psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de las psicosis. *Revista de Psicoterapia y Psicossomática* 20, 44: 25-78.
- Tizón JL, Pañella H. (1998). En el centenario de los «estudios sobre la Histeria»: Un servicio de Epidemiología atendiendo a un brote de Histeria Colectiva. *Informaciones Psiquiátricas* 150-151: 9-37.
- Tizón JL, Pañella H, Maldonado R (2000). ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: Un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Atención Primaria* 2000, 25,7: 479-489.
- Tizón JL, San José J, Nadal D. (1997) *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder 1997, 2000.
- Tizón JL, Torres E (1994). La enuresis funcional: Apuntes para la comprensión de un tema debatido. *Formación Médica Continuada* 1,9: 524- 539.
- Torras, E. (1981). Le conflit oedipien, ses ébauches et son rôle dans le développement des fonctions psychiques. *Rev. Française de Psychanal.* 45: 679-764.
- Wisdom, JO, (1961): Un acercamiento metodológico al problema de la histeria. *Revista de Psicoanálisis*. (1985), 7: 495-544.
- Yarom N. (1997). A matrix of Hysteria. *IJPA* 1997, 78: 1119-1135.
- Zetzel E. (1968): The so Called Good Hysteric. *Int.J.Psycho Anal.*, 49: 256-260.
- Zusman, S. (1986): Histeria y carácter histérico. *Rev.de Psicoanálisis.*, 63; 5: 1083-1092.

Notas

¹Psicoanalista, Psiquiatra en Atención Primaria y psicólogo. Director de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina del Institut Català de la Salut (Barcelona, España).

Correspondencia: Lauria 130, 1º 3º. 08037-Barcelona.

E-mail: jtizon.pbcn@ics.scs.es
