

ESTUDIO ETNOPSICOLOGICO DE UN CASO DE HISTERIA

Huberto Bogaert García

INTRODUCCION

El estudio de la enfermedad mental exige la consideración de las coordenadas esenciales de la sociedad, sobre todo cuando se manifiesta en un contexto cultural diferente a aquél en que se ha constituido el discurso psiquiátrico y psicológico. La enfermedad mental, aun cuando parezca estar situada en la periferia del sistema cultural, es parte integrante de ese sistema en el cual ella se origina y dentro del cual juega un rol. La cultura pre-estructura los síntomas de la enfermedad mental, y pone a disposición de sus miembros mecanismos de compensación de lo real.

La naturaleza relacional de la vida pulsional del ser humano hace posible el intercambio entre la dimensión biológica y la dimensión cultural de la existencia. La pulsión, vital y psíquica, es atravesada por el lenguaje; y las representaciones simbólicas, al penetrar en la vida pulsional, definen las modalidades existenciales del ser humano. Sin negar el carácter universal de la trama fundamental de los procesos inconscientes, creemos que los diferentes discursos culturales, al movilizar procesos específicos, imprimen dimensiones particulares a las figuras del psiquismo.

En el presente artículo estudiamos un caso de histeria femenina. La paciente, de origen rural, fue sometida a una psicoterapia de orientación analítica, adaptada tanto a su situación socio-cultural como a las condiciones definidas por el medio hospitalario⁽¹⁾. No aplicamos el psicoanálisis en sentido clásico, con sus sesiones frecuentes, el recurso del diván y la perspectiva de una duración bastante larga, sino una

psicoterapia adaptada al contexto en el que se inscribía la demanda clínica de la paciente. En el curso del tratamiento -cuya duración fue de seis meses, a razón de una sesión semanal- entrevistamos a otros miembros de la familia de María -su madre y una hermana-, así como al terapeuta tradicional que intervino en el curso del tratamiento. La paciente fue analizada de conformidad con el ritmo impuesto por el enfoque psicoterapéutico contemplado desde el inicio de la consulta. En ese sentido, atendimos el discurso de la paciente, recibiendo la demanda que emanaba de ella en tanto sujeto que interrogaba su vida. De este modo, se instaure la situación analítica, tratando de incitar a la palabra, para sorprender el orden que presidía el despliegue de un no-sentido; y creando las condiciones para que se manifestase la articulación literal de aquella que al expresarse se debatía con su goce.

La información que presentamos a continuación constituye el conjunto de los datos más significativos obtenidos a través de las consultas terapéuticas.

I. HISTORIAL CLINICO

1. Descripción

María es una señora de 32 años, que vive con su esposo y 5 hijos. Desde hace 9 años, presenta síntomas que los tratamientos farmacológicos no han curado: "Tengo decaimiento en el corazón y dolor de cabeza; se me acalambra la lengua y me pongo como quien va a perder el juicio; siento las manos frías y sudorosas y como un gas en el cuerpo, y un caliente en la espalda".

María recuerda un hecho relacionado con el origen de sus síntomas. Después de la muerte de una prima que tenía la costumbre de peinarla, empezó a sentir olores, hasta que un día tuvo una "visión" en la que "la revelé buscando leña". En ese momento, María sintió las manos sudorosas y un deseo de gritar; se puso a temblar y se transformó. El fenómeno, que según la interpretación tradicional es producido por los "seres"⁽²⁾, se repite desde entonces: "Es como una cosa que se va yendo, se va despidiendo. Entonces, esa carga en la espalda, como cuando uno está cansado. Y me sube una cosa como ardiendo por el pecho y la garganta, que sube y me agarra la parte izquierda del pecho. Me sube una cosa como con sabor a sangre. La cabeza se pone como loca y la lengua se traba. Se le mete a uno un pestañear, los ojos se me viran y me transformo".

Sin embargo, lo que motiva que María acuda a nuestra consulta psicológica es más reciente. En una ocasión tuvo problemas con una hermana

menor, "que ha tenido cuatro hijos con hombres distintos". Después de reclamarle a su hermana la devolución de un vestido que ésta tomó sin su autorización, María fue víctima de su agresión; y, según relata, tratando de defenderse, le rompió la boca. Después María "hizo una hora santa" y, aunque dice haber encontrado cierta tranquilidad interior, su enfermedad empeoró: "Antes yo estaba achacosa, pero no como ahora".

Cuestionada sobre la relación del incidente con su hermana y el empeoramiento de su enfermedad, María declara: "Doctor, ese día yo me transformé y le di por la boca, pero yo hubiera podido matarla. Ella me decía cuernera, perra, que yo engañaba a mi marido". Desde antes del incidente con su hermana, María experimentaba "que los seres le subían". Después del incidente, siente además un dolor en la parte izquierda del tórax: "Esa maldad de ahí me anda por ahí dentro como cuando uno tiene un pájaro que se está comiendo a uno por dentro, y me desespera. Siento una palpitación, una llaga viva".

María lleva con su esposo una vida sexual insatisfactoria: "A veces siento deseos y otras veces no; pero soy una esposa obediente, y nunca me le niego". Más aún, dice: "A veces tengo una ilusión, pero cuando él viene se me desvanece". En otras ocasiones, después de tener relaciones sexuales con su esposo, "vienen seres —dice— que me hacen sentir lo que con él no siento". Incluso le han dicho en sueño: "El marido tuyo no es ése sino aquél", refiriéndose a un señor casado que ella conoce. Todo esto contribuye a crear una intensa ambigüedad: "Yo siento que quiero a mi esposo, pero hay una cosa en mí que me hace perderle. . . ; no sé si es la incomprensión. . .".

El esposo, un año mayor que María, fue su primer novio. Cuando ya vivía con él, María conoció un primo de él que en una ocasión le dio algo de beber y la sedujo. El esposo se enteró, y ella le pidió la separación; pero no ocurrió así.

María relata la ocurrencia de otro "error" en su vida. Un amigo de su esposo, que visitaba la casa de su madre, provocaba en ella "un desasosiego". Poco después "estuvo con el hombre", sin saber "si fue con un demonio. . .". Afirma que con ese hombre se sentía "alegre, feliz, como transformada". Pero aun así, advierte que ella quiere a su esposo, e incluso dice: "También yo sueño que ellas están con él; y, aunque le pego mientras él duerme, escucho esas voces que se ríen y dicen que yo me muerdo por mi marido". Esas "voces" corresponden a "seres" del sexo femenino que, a juicio de María, "viven" con su esposo mientras duerme.

Por su parte, María declara que ella también disfruta mientras duerme, pero cuando despierta viene el problema, el dolor en el pecho. María recuerda haber soñado que, en un potrero grande, ese señor "la obligó

a hacer de todo". También soñó "que andaba furiosa entre los palos, y que luego en los únicos brazos que pudo caer fue en los de él".

La familia del esposo de María no la visita; y, en cierto modo, la rechaza. También los vecinos "la abochornan". María confiesa no saber quién es el padre de su hija menor, por haber "jugado a las dos cartas". Sin embargo, no tarda en preguntarse "si fue ella quien quiso, u otra cosa. . .". Tan pronto empieza a mostrar indicios de culpabilidad, no tarda en atribuir el origen de sus experiencias extramaritales a los "seres".

Muchos miembros de su familia atribuyen el origen de sus síntomas a los "seres". Su madre, quien trabaja incluso como terapeuta tradicional, desea organizarle el rito del "bautizo de cerebro"⁽³⁾. Una tía paterna, que tuvo padecimientos análogos, le sugirió por el contrario que fuera a la iglesia evangélica a hacer oraciones. María hizo el intento: "Yo fui a la iglesia pero me atacó un griterío, como un animal. . . Parece como que eso no quiere que uno vaya. No sé qué contenido tendrá esa cuestión que no puede ir a la iglesia evangélica".

El esposo de María parece "no creer en eso". Sin embargo, suele afirmar: "Yo sé que tú tienes una cosa que no me quiere". En una ocasión que María consultaba a un terapeuta tradicional, quien la trató con baños y resguardos, su esposo le negó el dinero del pago; y María se desanimó.

La falta de consenso familiar sobre el tratamiento más apropiado para la enfermedad de María, constituye un factor importante en la prolongación de su sintomatología. La madre de María afirma que es ella quien más se ha ocupado de la enfermedad de su hija, mientras su esposo se desentiende. Aun cuando ha deseado hacerle un "bautizo de cerebro", estima: "después que la hija se casa, pertenece a su esposo". La madre está convencida del origen de la enfermedad de María, pero las circunstancias familiares le impiden poner a prueba su capacidad terapéutica: "Doctor, lo que pasa es que ellos dos se gustan⁽⁴⁾ y es una metresa⁽⁵⁾, Santa Elena, que ella tiene. Esa es la tranca. Por eso la tumba. Pero ya yo quiero que eso se resuelva. Ella tiene cinco hijos".

Posteriormente, con el progreso de la psicoterapia de orientación analítica, María nos informa que ella y su esposo llegaron a un acuerdo. Ambos desean que el "bautizo de cerebro" se produzca, pero con exclusión de la madre en tanto terapeuta. Aunque la madre había reaccionado negativamente, María afirma: "Yo le veo poco alcance. Aunque ella me ha hecho muchos despojos, no me ha curado". Por esa razón dice haber hablado ya con otro terapeuta tradicional que le cobra RD\$250.00. No obstante, María se muestra preocupada por la evolución de la conducta de su madre y por su actitud final con respecto a su decisión. La oposición de la madre de María parece trascender incluso el plano de los con-

flictos humanos. En efecto, en una ocasión nos enteramos de que San Santiago, el *loa* protector de la madre de María, se opone a que María sea bautizada por un terapeuta cuyo protector sea San Gregorio Hernández. . .

María, todavía unos días antes del "bautizo", muestra algunas dudas. Refiriéndose a los "seres" dice: "Las cosas que ponen a uno a salirse de sus límites no me gustan, pero ya uno está metido". Con respecto al futuro ocupacional que implica su iniciación ritual, María advierte que le gustaría trabajar como terapeuta, siempre y cuando su trabajo transcurra "a vista clara"; porque "si es montando, uno no sabe bien lo que hace. . .". Asociando la afirmación precedente con un acontecimiento reciente, nos dice que en una ocasión un compadre que vive frente a su casa, estando muy enfermo, soñó que dos hombres parados en su cama le decían: "Tú, con tan buen médico que tienes al frente, y tanto que sufres". A lo que el compadre respondió: "Esa no sabe ná". Los personajes, por su parte, aclararon: "¡No es la madre la que cura, es María!"

2. Interpretaciones Psicodinámicas

La madre de María, de aproximadamente 60 años de edad, fue abandonada por su esposo a los 38 años; y, aunque muestra un cierto rechazo por tratar el tema de sus pasadas relaciones maritales, permite que su hija comunique al terapeuta lo acontecido. El padre de María tuvo cinco hijos, a los que abandonó: "A nosotros nos dejó como puercos y nunca se ocupó". Procreó otros hijos en Haina, "y se casó en la Capital con una rubia. . .".

Sin embargo, a pesar de su indignación, María permanece vinculada a su padre según los modos de inversión, objeto e identificadorio. Por una secreta identificación con su conducta ilegal e inmoral, el padre representa un anti-modelo cuyo prestigio la atrae inconscientemente. La vida libertina del padre provoca en María un efecto de seducción que tiende a destruir el universo de sus valores tradicionales. La tendencia a dejarse seducir por hombres de mayor edad, parientes o amigos de su esposo, así como sus propias tentativas de seducción transferencial, dan testimonio de un apego objetal propio del complejo de Edipo positivo. El fantasma incestuoso sobredetermina el lazo pasional cuyas críticas desencadenan los síntomas que motivan la consulta. La relación con la madre es ambivalente; y, aun cuando el padre le sirve de modelo, María asume inconscientemente varios rasgos maternos mediante identificaciones parciales típicamente histéricas. Más aún, el deseo de su madre sobre ella condiciona parcialmente su modo de vida. La doble identificación se torna conflictiva, e incide negativamente sobre la identidad de María.

Aun cuando en María se constituya el superyó por identificación con la figura materna, la culpabilidad poco interiorizada se invierte con frecuencia en experiencias persecutivas en las que los personajes promovidos son muchas veces del sexo masculino. La inmovilización en la posición dual es favorecida por la ausencia del padre y la presencia de una madre fálica. Los "seres", a través de la acción terapéutica realizada por la madre de María, contribuyen al sustento económico de la familia; y, al sustituir al padre, ocupan una posición fálica: "Papá, para arrepentirse y congraciarse con Dios, se hizo adventista; y le dijo a mamá que botara esos seres y se arreglara con él. Pero ella le respondió que por esos santos uno vive. Ella no quiso dejar sus santos, y se separaron para siempre".

La madre reprocha al padre el abandono material y moral; y, considerándose como una víctima, educa a su hija de manera que compense lo que ella no encontró en su marido.

La figura del padre aparece como insuficiente, y el sentimiento de esa insuficiencia —procedente de la madre— es compensado por María fantasmáticamente. Para mantener el deseo edípico naciente, y el prestigio de su objeto, María idealiza la figura paterna. Posteriormente, la idealización edípica y el fantasma incestuoso sobredeterminan en María una actitud que la expone a las sollicitaciones amorosas del entorno familiar o amical de su esposo. El hombre con quien María sueña, sin falla ni falta, es un hombre comprometido, en cierto modo prohibido y situado a una distancia que lo aleja de los límites decepcionantes de la realidad. María atribuye a su amante lo que le faltaba al padre; y, al desear convertirse en su sierva, trata de alcanzar su propia perfección especular. La idealización corresponde a un despliegue narcisista, y el encuentro con el otro se acompaña de la exaltación de la estima de sí. La separación o la pérdida del objeto idealizado provoca un sentimiento de pérdida del ideal del yo.

De ahí la ambivalencia de María, su oscilación entre el apego ávido y el desapego indiferente, entre la angustia y la depresión. Esta última aparece dentro de la evolución de una problemática fundamentalmente histérica, sucediendo a un momento de importantes satisfacciones fantasmáticas; satisfacciones concernientes a la representación propia, y relativas al objeto de deseo: el falo idealizado.

María atribuye el significante fálico tanto a los amantes idealizados como a los "seres". El padre real no pudo competir con los "seres" frente al deseo de la madre; y, en consecuencia se distanció considerablemente del ideal. La posesión por los "seres" permite superar la depresión y, en cierto modo, alterna con ésta. La fase depresiva de la histeria se corresponde con los momentos en que María descubre al padre real en la figura sustitutiva de su esposo.

El falicismo fantasmático se pone también de manifiesto en un sueño en el que una mujer onnisapiente adivina el futuro. Posteriormente, la paciente satisface las demandas sexuales de un "ser" que se transforma en un niño recién nacido: "Eso me sucedió antes, con otros hijos. Porque yo soy que los busco. . . , somos los dos que nos buscamos". La omnipotencia imaginaria y el deseo incestuoso, presentes en el sueño, constituyen la representación de una castración simbólica no asumida.

La oralidad y el fantasma de la incorporación del falo constituyen una trama fundamental y universal del inconsciente histérico; pero las diversas referencias culturales llenan las matrices del inconsciente con sus contenidos existenciales. La posesión, aun en aquellos casos en que se corresponde con la histeria, posee sus peculiaridades.

El fantasma de la incorporación no es sólo la satisfacción de un deseo de posesión, sino la repetición activa del fantasma de la seducción que ha ejercido el falo paterno sobre un deseo fuertemente fijado en la posición oral. El espíritu que habita el cuerpo de María es una representación del falo imaginario del padre. Pero es la creencia difusa en la posibilidad de la posesión lo que condiciona el realismo alucinatorio de los fantasmas.

Ni el padre —en tanto seductor imaginario— ni la madre fueron castrados; y, en consecuencia, no pudieron servir de modelo para la identificación promotora del ideal. El simbolismo de la castración se expresa a través de la "herencia" de los "seres"⁽⁶⁾. Heredarlos equivale a ocupar el lugar de la madre "muerta", y esto supone que la madre se acepte en falta. María descuida el "servicio" a los "seres"; y, aunque el trance aparece a raíz de la muerte de una prima, la herencia no puede ser asumida plenamente, en razón de la situación familiar y las condiciones de aculturación implícitas, que promueven la no resolución del complejo de Edipo.

María no sabe si su padre la reconoció legalmente, aun cuando lleva su apellido en el lugar que corresponde al apellido materno. Inversión significativa si se tiene en cuenta el valor estructurante de este significante. El padre, normalmente presente por la alianza y el intercambio, la ley de la deuda y el don, es quien, por medio de la palabra, hace significativo eso de que carece la madre. Sin embargo, como el padre de María abandonó a su familia y dejó a su hija sin la certeza de un nombre, María se siente víctima de potencias sin nombre, de "seres" que la persiguen implacablemente, solicitada por entidades terroríficas.

El pacto simbólico permanece incierto y enigmático. Aunque las potencias la solicitan, María no concluye la alianza ni acepta la ley. Ella rechaza cerrar un pacto con potencias desconocidas. María no acepta el don propuesto, y se interroga sobre el otro que le propone la alianza.

Las crisis de María constituyen la expresión de un conflicto de identidad, de un cuestionamiento radical de su personalidad, que consiste en no saber quién es. Su sintomatología es una solución provisional que combina identificaciones contradictorias. De ahí el perpetuo deseo de reasegurar sobre sí misma, su búsqueda de reconocimiento y de amor. María sufre de ponerse en escena. Los otros le sirven a menudo de espejo; y esto hace pensar en una fijación al estadio especular, tal y como ocurre cuando la seducción especular capta a un pariente en incompatibilidad de deseo con el otro pariente⁽⁷⁾. Posteriormente la identificación edípica, al prolongar la identificación especular, provoca una doble identificación con los padres, y mantiene una ausencia relativa de identidad sexual.

La identificación simbólica —como valor de posición consistente en heredar los poderes— sólo podrá alcanzarse mediante el diálogo analítico. Es a partir del encuentro psicoterapéutico que María va a iniciar el proceso de reconocimiento de su propio deseo, que va a promover la identificación ideal.

El terapeuta tradicional “trabaja” con Gregorio Hernández. Es un hombre joven que, desde la perspectiva de la paciente, se sitúa en contraposición a la madre, quien “trabaja” con San Santiago como patrón. De ese modo, la decisión de acudir al terapeuta tradicional constituye también una ocasión de mostrar la rivalidad con la madre. Por otra parte, la aceptación del “bautizo”, con exclusión de la madre, marca el inicio de la reconciliación con el esposo y con la madre de éste.

Si analizamos el modo en que María se “separa” de su madre, reconoceremos que, a un nivel más profundo, este hecho marca también, y de un modo paradójico, la identificación simbólica con el significante de la madre “muerta”, promotora del ideal del yo: con el “bautizo”, María se convierte en una iniciada como su madre. La identificación ideal con la madre es precedida necesariamente por la rivalidad. El rechazo de la madre, en tanto terapeuta, marca el inicio de un duelo que nunca había sido hecho; es decir, el duelo de la madre en tanto objeto primordial intensamente investido.

El proceso de aculturación no sólo influye en la personalidad de María a través de las vicisitudes de su biografía, sino que también interviene a nivel de la resolución de sus conflictos. La psicoterapia analítica, emprendida a partir de la demanda de la paciente, se convierte en un factor determinante en la evolución de los conflictos individuales y familiares, y llega a promover indirectamente la celebración del “bautizo de cerebro” en tanto rito terapéutico de origen tradicional.

Antes del “bautizo”, María presenta, además de los síntomas físicos implicados en las caídas, una sugestibilidad anormal. La imitación auto-

sugestiva y la identificación afectiva e imaginaria determinan que la idea se realice a nivel del cuerpo. La afectividad, en tanto modalidad de la conciencia que desborda el poder de representación, al no poder expresarse de manera que concuerde con el mensaje ofrecido, se precipita sobre el cuerpo. Al no poder descubrir representaciones que la orienten en el mundo del sentido, por evocar deseos incestuosos y dolorosos, la afectividad se reprime y se expresa mediante conversiones⁽⁸⁾.

Los trances, escandidos por las visiones y por los momentos de reposo, evocan las crisis histéricas⁽⁹⁾. La fase de recuperación sucede a la fase paroxística, y una crisis atípica es reglada por la sucesión de los episodios de la pasión. La fase tónica es seguida por una fase resolutive; y, en una conciencia crepuscular, el sujeto encarna las representaciones míticas de su entorno. María se identifica con los *loa* y, por un transitivismo típico de la relación especular, transfiere sus representaciones fantasmáticas y sus deseos infantiles. Las crisis operan un estado de regresión psicológica indiscutible. Al mismo tiempo que repiten la experiencia traumática, la matienen reprimida.

3. *Diagnóstico*

La observación repetida y la atención prestada al discurso de María nos hacen pensar que constituye un caso de neurosis histérica, en el que las crisis de angustia se manifiestan en un contexto de aculturación mágico-religiosa particular.

De acuerdo con H. Ey, la alucinación implica la sensorialidad de la experiencia vivida, la convicción de su no-subjetividad y la ausencia de un objeto real⁽¹⁰⁾. Sin embargo, la presencia de alucinaciones no justifica el que la conducta sea diagnosticada como psicótica. Es necesario establecer si la personalidad del individuo manifiesta una ausencia radical de estructuración a nivel del yo. Más allá de todo intento de descripción diagnóstica, conviene analizar el lenguaje del sujeto. El sujeto puede creer en sus "sensaciones"; pero, si las juzga y las resiste, no hay por qué suponer que su conducta es psicótica.

En las psicosis la alucinación aparece allí donde lo real ha dejado de existir para el sujeto⁽¹¹⁾. La desinversión de la cosa determina la abolición de su representación; y, en un esfuerzo por restituir al lenguaje vacío su contenido real el sujeto trata de recuperar el mundo abolido de sus palabras. Incapaz de anclar los significantes en las cosas, el psicótico recurre a la alucinación, tratando de restituir a las palabras el contenido que les falta, con lo cual la creencia en lo real es sustituida por la creencia en la alucinación.

En los casos neuróticos, la irrupción de la imagen alucinatoria impone una creencia en conflicto con la creencia proferida; y ningún fenómeno

real es abolido por una desinversión radical. Son las delegaciones imaginarias de los pensamientos reprimidos las que aparecen ante la conciencia sorprendida y desconcertada.

La posesión puede considerarse como una alucinación que pone en escena la realización de deseos reprimidos. La violencia de los deseos y la creencia en los espíritus se unen para dar lugar a una alucinación. En este caso, el sujeto proyecta sus deseos, los cuales retornan desde fuera, encarnados en el espíritu perseguidor. El poseído delega sus deseos reprimidos en otro personaje, que representa su yo inconsciente. Este es el caso de la posesión en la neurosis histérica.

Las representaciones fantasmáticas reprimidas pueden adoptar fácilmente el carácter de alucinaciones sensitivas cuando son favorecidas por el contexto cultural. La creencia religiosa añade a la creencia inconsciente la fuerza de convicción y el coeficiente de realidad que transforma la figura fantasmática en una alucinación. El discurso religioso, al poner a disposición del sujeto significantes de una realidad sobrenatural, brinda los resortes en los que reaparece el deseo reprimido.

Sin embargo, el sujeto puede haber repudiado de su inconsciente ciertos contenidos que retornan desde fuera de un modo delirante y que ponen de manifiesto la existencia de una disociación psicótica. La posesión psicótica forma parte de las psicosis delirantes. En tales casos, un orificio en lo real necesita una representación imaginaria que venga, como del exterior, a sustituir lo real que falta.

El término de psicosis histérica es aplicable a las culturas no occidentales. Langness estima que es utilizable para describir una psicosis episódica caracterizada por la vivencia alucinatoria y la posesión⁽¹²⁾. La psicosis histérica es una categoría poco usada. Alcanzó cierta popularidad en el siglo XIX y a principios del siglo XX en los escritos de Morel, Krafft-Ebing, Mairé y Salager. Fue reincorporada recientemente, después de haber desaparecido por influencia de la conceptualización de la demencia precoz por Kraepelin, y de la esquizofrenia por Bleuler. En Francia, autores de inspiración psicoanalítica han revalidado el uso de este concepto⁽¹³⁾.

La psicosis histérica consiste en un estado de alienación en el cuadro de una problemática histérica. Conrad la denomina "histeria maligna"⁽¹⁴⁾. Factores de naturaleza psicógena provocan una ruptura en la relación del sujeto con la realidad. La ruptura con la realidad se manifiesta en el delirio y la alucinación. El delirio tiene a veces un aspecto sistematizado. Regularmente se despliega en una atmósfera paranoica. Los temas eróticos y religiosos se encuentran a veces en primer plano.

La psicosis histérica se caracteriza por el restablecimiento rápido, después de la "*bouffée*" delirante, de un contacto auténtico con el paciente.

Hay una gran maleabilidad y adaptabilidad del delirio a los datos socio-psicológicos del medio. El paciente logra hablar del contenido de su delirio vinculándolo a su historia personal.

La psicosis histérica se caracteriza por un inicio abrupto y es normalmente episódica. Desde el punto de vista del pronóstico, se puede esperar un restablecimiento integral de la personalidad pre-psicótica. Pero puede también convertirse en una esquizofrenia. La psicosis histérica implica un defecto a nivel de la imagen del cuerpo, concerniente a su contenido y sentido⁽¹⁵⁾. La función del órgano sexual es repudiada de todo registro simbólico. En ese sentido, conviene distinguir la crisis histérica -aun cuando esté acompañada de síntomas delirantes- del delirio histérico propio de los casos de psicosis. En la psicosis histérica, la alucinación sustituye el significante repudiado, y el acceso al deseo sexual no es posible. En lugar del deseo, encontramos el proceso de repudio característico de la psicosis.

En la psicosis histérica, el padre tiene un lugar en la familia, pero es débil y perverso; y, consecuentemente, crea zonas de destrucción en la vida afectiva de sus hijos, porque él es incapaz de aceptar su rol sexual y genital.

El tema de la relación padre-madre es vivido en la psicosis histérica dentro de una dinámica edípica; y el delirio se concentra en el cuerpo y en los deseos genitales. Mientras el delirio se concentra sobre el cuerpo y sobre la estructura edípica, la personalidad permanece intacta. La psicosis histérica se desarrolla en el cuadro de las dificultades identificatorias; y, por esa razón, el cuerpo vivido interviene en forma considerable.

A diferencia de los casos de psicosis histérica, María es capaz de "disfrutar" sexualmente -aun cuando sea en circunstancias prohibidas, cargadas de reminiscencias o de evocaciones edípicas- con un partenaire sexual históricamente idealizado. En este caso, no constatamos un repudio de la función sexual sino más bien una represión neurótica de la sexualidad, acentuada sobre todo a partir del momento en que su hermana la acusa y la culpabiliza, desencadenando o acentuando su sintomatología. Su conducta no revela una disociación psicótica. La alucinación y el delirio de persecución habían empezado mucho antes, y no justifican necesariamente el diagnóstico de psicosis. En el medio tradicional dominicano, se observan frecuentemente neurosis histéricas acompañadas de alucinación y delirio.

Ahora bien, si María es una histérica en la que la castración simbólica no se ha realizado, seducida por "seres" con valencia fálica evidente, el deseo dirigido a su amante idealizado se explica a partir de la estructura edípica. María es la hija de un padre "ausente" o incapaz de asumir la

palabra en el discurso familiar; un padre sin posición simbólica e incapaz de permitir que su hija supere la vinculación fálica a la madre. El padre de María abandonó a su familia, y "se fue con una rubia". En ese sentido, también seduce a su hija; y ese elemento de perversión impide a María liberarse de los partenaires incestuosos, en tanto ediciones renovadas del padre imaginario. Por esta razón, ella no puede asumir el rol femenino característico de su grupo social.

4. *La Psicoterapia y las Representaciones Colectivas*

Los síntomas de conversión que motivan la consulta psicológica constituyen la precipitación corporal y persecutiva del conflicto entre los deseos incestuosos dirigidos hacia el padre -representado por las figuras de los amantes- y la rivalidad imaginaria hacia la madre, desplazada hacia la hermana que la acusa. Por otra parte, la disociación histérica y el delirio de persecución se constituyen como defensas frente a la angustia masiva.

La castración simbólica de María implica la asunción definitiva de la deuda simbólica que el "bautizo" representa en un plano mítico. En ese sentido, los fantasmas personales de María se confunden con las representaciones colectivas de los "seres; y la psicoterapia analítica transcurre en estrecho paralelismo con los tratamientos tradicionales.

La tarea que el terapeuta tradicional se propone a través del "bautizo" es la de transmutar el espíritu, el "ser", en un elemento del sistema simbólico colectivo. La condición es que él dé a conocer su nombre y su *división* ⁽¹⁶⁾. El "ser" ocupará entonces un lugar en el sistema de los *loa*; y sus relaciones con la persona serán mediatizadas por las instituciones, los objetos y las reglas que rigen el culto. De esta forma el sujeto es liberado de la relación dual que lo unía al producto de sus propias proyecciones. Con el nombramiento del "ser", el sujeto es liberado de la relación cautivante en torno a la cual había organizado su experiencia ⁽¹⁷⁾.

La identificación puede ser progresiva, y exigir que las informaciones sean precisadas y completadas a medida que el rito se desarrolla. Desde que el "ser" es nombrado, se establece una relación mediatizada, un modo de vida fundado en el intercambio con el espíritu identificado, domesticado. La persona podrá controlar la relación con el espíritu, a diferencia del período anterior al ritual, durante el cual el "ser" tenía la iniciativa. El terapeuta tradicional instruye a la paciente. El le muestra la manera de actuar sobre sus "seres", es decir, la manera de invocarlos, la manera de calmarlos -mediante fórmulas y libaciones-, así como lo que debe hacer en caso de violación de las prohibiciones.

El rito terapéutico de posesión opera no sólo una integración del individuo al "ser", sino una integración social del "ser" mismo, en la medida

en que este último es fijado en la cabeza del iniciado y puesto al servicio del grupo. El rito crea un tipo formal de relación entre el individuo, el "ser" y el grupo social. Desde ese momento, el individuo es considerado como un iniciado, un personaje útil desde el punto de vista social, objeto de la consideración y del respeto público.

La aflicción es el camino para alcanzar la reputación terapéutica. El paciente, el terapeuta tradicional y los espíritus nombrados constituyen una nueva comunidad. Pero el enfermo no siempre está llamado a convertirse en terapeuta. Este rol social es asumido sólo por algunos enfermos.

En su contexto social, la posesión ritual que sigue al "bautizo" representa el resultado de una codificación cultural que implica el acceso a un grupo cultural, y conlleva la transformación de la enfermedad y de la vida caótica en un proceso estructural. "Estamos muy lejos de la época en que las curas efectuadas por los curanderos indígenas eran consideradas como anécdotas raras, interesantes sólo para los etnólogos, y los curanderos eran calificados de ignorantes y de charlatanes" (18). En ese sentido, conviene distinguir la posesión -enfermedad, que precede al rito iniciático, de la posesión ritual. La posesión -enfermedad, se manifiesta frecuentemente fuera de toda condición ceremonial. La posesión ritual, por el contrario, exige una cierta formalización. Se relaciona a una estructura iniciática, a un tiempo y a un espacio ceremonial predefinido. Fuera de esos cuadros socio-mítico-culturales, la posesión ritual no se realiza jamás. Ella es el resultado de la imposición de un sistema de normas convencionales.

El objeto de la iniciación será precisamente imprimir al desarreglo inicial un estilo religioso. A partir del caos psíquico, se creará un orden, un lenguaje religioso. El nuevo rol aprendido por el enfermo resultará beneficioso tanto para él como para el grupo que comunica con los espíritus, a través de la mediación ritual del sujeto. La posesión ritual, lejos de ser una escenificación anárquica del deseo, es el resultado de una codificación cultural a través de los significantes privilegiados que son los mitos. Esa codificación posee un valor terapéutico. La posesión ritual se inscribe en un marco espacio-temporal que incluye un cierto número de personajes y de estímulos, sometidos a una cierta organización.

Conviene advertir que, aun cuando exista una predisposición psicológica para lograr la posesión ritual, los individuos seriamente perturbados no pueden cumplir con las reglas del rito. La posesión ritual no depende exclusivamente de una experiencia privada y patológica. El simbolismo de la posesión es público y sancionado por la cultura o subcultura. Y el uso del lenguaje de la psicología, por justificado que sea, comporta el peligro de no ver en la posesión sino una manifestación de una causa

psíquica sin tenor religioso. La sublimación, que no puede nunca reducirse a un mecanismo psicológico estrictamente individual, permite explicar la nueva ligazón de la pulsión que el rito de iniciación inaugura, al promover no sólo un nuevo rol social sino también la transformación de las predisposiciones psicológicas puestas en juego en la posesión-enfermedad.

Después de celebrado el "bautizo de cerebro", sostuvimos con María varias entrevistas de control que nos permitieron constatar la eficacia simbólica del rito iniciático.

El trance de posesión ha sido considerado como un medio por el cual ciertos individuos pueden jugar roles de otro modo inaccesibles. Al contrastar con el rol secular de tales sujetos, el trance les va a suministrar gratificaciones. La compensación resultante será doble:

1. una compensación subjetivo-expresiva, resultado de satisfacciones derivadas de la experiencia ritual de posesión;
2. una compensación objetivo-instrumental que se alcanza a través de un cambio de estatus, resultado del reconocimiento social atribuido a la posesión.

El predominio de la presencia femenina en los cultos de posesión se explica tanto por una razón sociológica como por una razón psicológica. No sólo la represión social y cultural golpea más a las mujeres que a los hombres, sino que la idea misma de la posesión sugiere que es la saturación libidinal del cuerpo femenino, seducido y frustrado, que estalla en crisis⁽¹⁹⁾.

Gollnhofer y Sillans señalan que la posesión tiene por objeto la descarga ritual de la agresividad latente, que aparece en principio bajo la forma de trastornos psicosomáticos. Con la iniciación, el sujeto recobra el equilibrio psíquico; y una cierta forma de agresividad latente se traduce en el automatismo psicomotor de la posesión. Los trastornos psicosomáticos revelan la existencia de una auto-agresividad utilizada a continuación en el seno del culto bajo la forma de trance de posesión⁽²⁰⁾.

Zempléni enfatiza también la auto-agresividad que implica la identificación imaginaria con el espíritu. Las crisis y las caídas constituyen la expresión ritualizada del castigo que la persona se inflige a sí misma en nombre de sus espíritus; ellas son el resultado mortífero del encuentro con el espíritu. El autor explica, sin embargo, que la valencia autoagresiva y autopunitiva de esos comportamientos es postulada en un sentido diferente al de la psicopatología occidental. Consiste en una autoagresividad codificada por el grupo, y cuyos resortes son más sociológicos que psicológicos⁽²¹⁾.

La separación creciente entre los deseos individuales y la ley, como ocurre en el seno de las sociedades en vías de aculturación, se reduce mediante la sumisión a los espíritus. La posesión ritual -esa fusión imaginaria con el espíritu que suprime la individualidad- representa la sumisión absoluta. Sin embargo, el poseído no experimenta el deseo de autocastigo. Esa autoagresividad está codificada por el grupo. El adepto experimenta el deseo de sumisión a las instancias espirituales en un contexto de aculturación cargado de ansiedad y de duda.

Aunque es verdad que la aculturación -por la modificación de las vías tradicionales de control social- tiende a provocar el fracaso del mecanismo persecutivo, en la sociedad dominicana tradicional, la agresividad es frecuentemente proyectada en el otro imaginario que persigue. No hay una asunción individual de la agresividad ni una interiorización de la misma, que permita hablar de culpabilidad propiamente dicha. Resulta difícil hablar de una instancia legal -superyó- individual e interiorizada. La enfermedad es vivida como procedente del exterior.

Excluimos de la posesión la neurosis de culpabilidad. La posesión es una estrategia inconsciente que suprime la toma de distancia -que implica la culpabilidad- mediante una identificación imaginaria. La neurosis de culpabilidad constituye una tentativa de reparar la falta consignada en la representación inconsciente, ya sea mediante la confesión repetida o por la ejecución de actos. Aunque la culpabilidad pesa siempre sobre los deseos inconfesables, la posesión no es un sistema de defensa contra la culpabilidad presente, sino una estrategia alucinatoria que crea la ausencia de la culpabilidad.

En la sociedad dominicana tradicional, la interpretación delirante se aproxima a las representaciones colectivas y parece conformarse a su lógica interna. Entre pensamiento racional, pensamiento mitológico y pensamiento alucinado, no hay una discontinuidad radical. Las alucinaciones y los delirios son expresados a través de las representaciones colectivas; y el comportamiento patológico se inscribe en un sistema cuya lógica interna está sostenida por modelos culturales. "Es una función esencial del mito permitir la resolución, a nivel colectivo, de las problemáticas personales, cuando éstas permanecen dentro de ciertos límites, e incluso dentro de cierta generalidad. Si la problemática deviene más original, si ella se plantea según las contradicciones propias a la historia precisa del sujeto, la reasunción mítica puede ser insuficiente; y la angustia invade el campo de la existencia hasta el punto en que lo imaginario privado desborda lo imaginario propuesto por la cultura"⁽²²⁾.

En la cultura dominicana tradicional, la evolución de la "bouffée" delirante se relaciona con un tipo particular de organización de la personalidad. La ausencia relativa de fuertes sistemas de defensa facilita la eclosión de las "bouffées" delirantes y permite regresiones profundas.

Pero al mismo tiempo facilita el movimiento inverso hacia una progresión rápida. La movilidad interviene también para la cura. Las modificaciones bruscas del ambiente suelen provocar explosiones delirantes. La angustia concomitante a las modificaciones bruscas del entorno es evacuada mediante la organización de las representaciones colectivas. De ese modo, la angustia inicial se transforma en un miedo organizado que puede ser manipulado. La angustia se transforma en persecución por individuos o espíritus cuya realidad es aceptada tanto por el grupo como por el enfermo.

La angustia expresa la ruptura con los significantes culturales, y el delirio se constituye en defensa contra la angustia masiva. El rol del practicante tradicional consistirá en darle un nombre a la angustia, tanto para el sujeto como para la colectividad. En ese sentido, el lenguaje mágico-religioso juega un rol fundamental, al permitir que lo insensato devenga sensato y controlable, pacificando y humanizando la violencia del trastorno inicial.

La persecución es característica de la psicopatología dominicana de origen tradicional. La agresividad no permitida es proyectada y se convierte en una amenaza externa. Pero los delirios de persecución, predominantes en las "*bouffées*" delirantes, están en continuidad con experiencias comunes o banales. Por su parte, los ritos de posesión van a permitir la transformación de la enfermedad, al integrarla de un modo radical a los sistemas de representación colectivos, creando así una relación de otro tipo con el entorno. El tema delirante no deviene una forma de existencia individual, sino que se integra en un sistema de representación que le restituye una realidad social, permitiendo la reintegración del enfermo. Estos sistemas explicativos de la enfermedad son propuestos al enfermo por su medio.

II. LA HISTERIA FEMENINA

La afectividad constituye una modalidad de la vida psíquica cuyos límites no siempre pueden ser establecidos por la representación, sobre todo en aquellas circunstancias psico-comunicacionales en que el mensaje recibido afecta intensamente. Desde el punto de vista genético, la afectividad está enraizada en la dimensión pulsional de la corporalidad, sin reducirse completamente a ella.

La histérica manifiesta un exceso de afectividad. Su expresividad no suele concordar con los signos del entorno que le son ofrecidos en la comunicación. La afectividad no se limita a expresar una respuesta acorde con lo que se le significa conscientemente y, en consecuencia, se precipita sobre el cuerpo como auto-afección, como "conversión". En este momento, el lenguaje del cuerpo expresa lo que el sujeto no puede expresar conscientemente.

La afectividad histérica se caracteriza por el hecho de que los deseos incestuosos y los recuerdos traumáticos impiden al sujeto descubrir las representaciones que lo orientarían en el mundo del sentido. La consecuencia de este hecho es el predominio del eje metafórico del discurso corporal. Una parte del cuerpo se delimita y deviene incapaz de responder a las sollicitaciones exteriores, constituyendo un lenguaje cuyo sentido es necesario descifrar, como ocurre en las anestias, parálisis, ceguera, etc.

Los síntomas histéricos se caracterizan por el polimorfismo y la variabilidad. Las crisis o accesos agudos de agitación constituyen las manifestaciones sintomáticas más conocidas de la conducta histérica. Estos síntomas paroxísticos son cada vez más raros en las sociedades occidentales, y lo que se observa en su lugar son las "crisis de nervios", es decir, estados de agitación o de cólera que ocurren después de contrariedades a veces de escasa importancia.

Los síntomas histéricos suelen afectar diferentes partes y funciones del cuerpo. Los trastornos se localizan en el cuello y afectan la voz, la cual deviene relativamente alta, sin vibración o con escasa resonancia. Los dolores de cabeza y las algias en general, los vértigos y los trastornos del sueño, las modificaciones del apetito, y los trastornos de las secreciones y excreciones, la anorexia y la bulimia, son todos síntomas corporales que manifiestan la existencia de un trastorno histérico. Pero pueden también presentarse síntomas psíquicos como los trastornos de la memoria y las fugas amnésicas, las alucinaciones hipnagógicas y las "*bouffée*" *delirantes*.

El histrionismo es el rasgo del carácter con que suele designarse a la histérica, quien da la impresión de poner en escena un personaje prestado. Sus expresiones exageradas reflejan la existencia de un sujeto que carece de un lugar interior, y que sólo puede experimentarse como viviente dramatizando los acontecimientos. La histérica sometida a tratamiento psicoterapéutico se queja de tener conciencia de representar siempre un personaje, de no poder impedirse hacer los gestos o de dar a su voz las entonaciones que corresponden a la espera presumida de sus testigos. La histérica sufre de ponerse en escena y de no poder evitarlo. En ese sentido, los otros le sirven de espejo, lo cual hace pensar en una fijación en el estadio especular, es decir, esa etapa en la que el niño descubre el placer de seducir a sus padres mediante sus gestos y mímicas.

Pero ese placer, necesario y normal, puede convertirse en un recuerdo fascinante y cautivante cuando la seducción capta la existencia de una ruptura de deseo entre los padres. Esto es lo que provoca la fijación imaginaria de la histérica. Posteriormente, la identificación edípica, al prolongar la identificación especular a una imagen de sí exhibida a la mirada

seducida, produce una oscilación característica de la histérica, entre el ser hombre y el ser mujer. Mediante la doble identificación con los padres, la histérica da forma a una cierta bisexualidad psicológica, que se manifiesta mediante la oscilación entre la posición seductora femenina y las actividades viriles.

La madre de la histérica se considera frecuentemente como la víctima del padre, y educa a sus hijos de manera que compensen lo que ella no encontró en su marido. El hombre es descrito peyorativamente, y en consecuencia los hijos varones no pueden identificarse con su imagen. En el mejor de los casos se separan de la madre, con lo cual tratan de evitar la homosexualidad. La hija, aunque aparentemente toma partido a favor del padre, asimila toda una serie de conductas destinadas a enganar al hombre.

Las madres de las histéricas, aun cuando vivan el matrimonio como un martirio, promueven en sus hijas un amor idílico y exaltan la vida en pareja. Esto crea una profunda contradicción en las hijas, en quienes el matrimonio puede convertirse en una experiencia traumática. Por su parte, el padre de la histérica, al no constituir una referencia estable dentro del discurso familiar, se convierte en un cómplice de la mentira materna.

En lo que respecta a la hija, el padre aparece como imaginariamente "insuficiente", razón por la cual trata de compensar esta imagen a fin de evitar la piedad o el desprecio hacia él. De ahí la tendencia a la idealización de la figura paterna. Esto se manifiesta durante la adultez por medio de conductas de reemplazamiento del rol de la mujer en otras parejas, idealizando el partenaire prohibido y ayudándolo de ese modo a que se exhiba en toda su medida. La histérica podrá probar que su padre aún es capaz de hacer la corte a otra mujer; o simplemente se expondrá ella misma a los cortejos del esposo de otra mujer para mostrar que "él" es capaz.

La idealización del objeto es el proceso mediante el cual este último es engrandecido, sin que cambie su naturaleza. La idealización corresponde a un repliegue narcisista. La idealización del otro va acompañada de la exaltación de la estima de sí a nivel de la fantasía.

Puede ocurrir que ante las limitaciones reales del padre, humillado por su mujer, la hija, -para mantener su deseo edípico naciente y el prestigio de su objeto- trate de exaltar e idealizar fantasmáticamente al padre. Pero también puede ocurrir que al sentirse seducida por el estatus real de su padre en el hogar, experimente un retiro fóbico de la sexualidad en el que la idealización tenga un valor como defensa. En este último caso, al contribuir a la represión del deseo incestuoso, la idealización adquiere, como todo síntoma neurótico, un carácter ambiguo: al mismo tiempo

que mantiene el vínculo inicial al padre, lo prohíbe. Al idealizar el objeto del deseo, el sujeto lo aleja de su sexualidad, eliminando toda tentación incestuosa; pero no lo aleja para siempre, porque la insistencia inconsciente de las representaciones incestuosas constituye un obstáculo para la idealización.

Al elegir su pareja, la histérica trata de ocultar las faltas reales o imaginarias de su propio padre, o simplemente trata de hallar un complemento del mismo. Al partenaire se le atribuye lo que faltaba al padre. A él ofrece la histérica la perfección, al estimarlo tan perfecto como ella misma; o bien, al considerar la histérica que posee lo que le falta a su partenaire, se lo ofrece. Pero, en todo caso, el partenaire no será capaz de satisfacerla, ni colmará su búsqueda de placer ni su voluntad de ser amada.

La frigidez es característica de la histérica. En realidad, más que ser incapaz de experimentar el placer sexual, lo rechaza para mantener el "goce" y garantizar así la no aparición de nuevos deseos.

La histérica sueña con un hombre sin falla ni falta, detrás del cual se oculta, sin embargo, la marca de la debilidad. Se ha escrito sobre el vínculo seductor que la histérica establece con el hombre que representa un "poder". Ese vínculo deseado implica una idealización. La posición que él ocupa le impide responder al deseo, y esto oculta la falta que lo haría perder su estatus ideal. La idealización histérica resulta así paradójica; porque, al mismo tiempo que solicita el deseo del otro, espera que éste sea sin falta y por tanto sin deseo. Un medio de mantener la ilusión de que el hombre podría no ser decepcionante consiste en elegir un hombre inaccesible, prohibido o comprometido. De esa manera la histérica logra proteger su representación del hombre, al elegir un partenaire al que nunca puede confrontar con la realidad.

De hecho ningún hombre real será considerado lo suficientemente digno para recibir el cuerpo de la histérica, estimado por ella como perfecto, sin falta, no castrado. En la histérica, la búsqueda de la perfección es expresión de la envidia de pene. A menudo la histérica se reprocha una negligencia, o se siente ridiculizada por algún defecto. En ella, la búsqueda de la perfección en lo que respecta a la apariencia física, a la inteligencia, etc., oculta un sentimiento de insuficiencia. Según la fórmula de Lacan, el objeto del deseo de la histérica es el falo idealizado, entendiendo por falo una realidad simbólica de la que el órgano masculino es sólo un signo determinable y el órgano efectivo.

La histérica se presenta como seductora y "castrativa" cuando la tentativa de ponerse en escena es comprendida por parte del otro como una promesa posteriormente frustrada. El juego del amor y de la ternura, lisonjero y tranquilizador para el hombre, responde a un mecanismo inconsciente y constituye una tentativa de comunicación con el otro.

Pero no siempre la histérica es “castrativa”; a menudo le gustaría descubrir “el hombre de su vida”. Cuando esto ocurre, ante él se inclina y a él sirve, creándose de ese modo una pareja en la que la histérica deviene una mujer consagrada, lo que no se explica por las características reales de este hombre —a menudo deficitario, banal o mediocre— sino por los atributos que la histérica le presta en su fantasía. La sugestibilidad juega un rol importante en esos comportamientos y actitudes. La histérica no sólo fracasa en asumir la castración sino que se toma a sí misma como falo del otro.

Las mujeres en esas parejas parecen ser las defensoras de las opiniones, convicciones e ideas del marido. Algunas histéricas parecen hacer abstracción de todo pensamiento personal para reforzar el de su marido, y son ellas las primeras en regocijarse del prestigio que él obtiene. Esos hombres constituyen los objetos sobre los que el teatralismo histérico desplaza el deseo de mostrar. Esto entraña una cierta dependencia de la histérica. Pero la dependencia con respecto al esposo no es la primera de la histérica. Una dependencia infantil frente a uno de los padres puede haber infiltrado inconscientemente su psiquismo. En este caso, la dependencia infantil y el deseo fantasmático de convertirse en la hija preferida condicionan la abdicación posterior de la personalidad propia frente a su partenaire sexual.

La sugestibilidad histérica muestra también una plasticidad en la adopción rápida de modelos, gestos y entonaciones de voz. Esto provoca o suele provocar el rechazo de la histérica, aun más cuando, además de los síntomas aludidos, manifiesta una agresividad reivindicatoria y una tendencia a denunciar las insuficiencias de los otros, por oposición al sujeto idealizado. Pero la histérica puede también sentirse excluida del amor o indigna del mismo; creerse no deseable, o incapaz de amar. La causa de este fantasma de rechazo es la situación de exclusión que da origen al complejo de Edipo, rechazo que la histérica ha experimentado con gran intensidad.

Además, la histérica continúa sintiéndose rechazada por el deseo de posesión absoluta que resulta de la fijación en la posición oral. La avidez insatisfecha y orientada hacia un objeto mítico de vinculación, único capaz de suprimir el vacío interior, engendra la ambivalencia histérica, caracterizada por el apego ávido y el desapego indiferente.

CONCLUSIONES

El dominicano de origen tradicional es afectado por los comportamientos de singularización y de oposición a la familia y al grupo. Las circunstancias lo obligan a menudo a elegir entre un antiguo y un nuevo modo de relación con el otro. El debe adaptarse a una estructura inter-

subjetiva de transición que no corresponde todavía a la sociedad occidental. Obligado a elegir entre actividades, relaciones y vías de promoción que se multiplican y se contradicen, permanece aún separado de la corriente principal de la vida moderna.

Si bien es cierto que la aculturación y la ruptura consecuente de los vínculos tradicionales pueden convertirse en fuente de neurosis, es igualmente cierto que los cultos de origen tradicional pueden convertirse, para algunos individuos, en factores de integración. Por esa razón, el estudio de la enfermedad mental en el medio tradicional requiere de la consideración etnológica, a fin de evitar que el recurso exclusivo al discurso psicológico y psiquiátrico —constituido en las sociedades occidentales— resulte demasiado reductor.

El estudio clínico del caso de María puso de manifiesto el modo singular en que las representaciones colectivas de origen tradicional inciden en la interpretación y en la evolución de los trastornos de la conducta. En el medio tradicional dominicano, la enfermedad mental es interpretada de conformidad con los sistemas colectivos de representación, como son la magia, la brujería y la posesión. El estudio del caso de María reveló que la posesión, en tanto institución social, constituyó un dominio etiológico capaz de permitir a María tematizar los conflictos psicológicos que ella experimentó en relación con los demás miembros de su grupo social, así como las dificultades que la enfrentaron con los fundamentos normativos de su comunidad. Pero, por otra parte, la posesión —en tanto rito iniciático— hizo posible la realización de un cambio terapéutico que la psicoterapia de orientación analítica promovió en la paciente, permitiéndole expresar y sublimar la vida pulsional. Gracias a esta experiencia, María pudo alcanzar un nivel de desenvolvimiento familiar y social que confirma la dimensión terapéutica del rito de posesión⁽²³⁾.

Esperamos que la presentación de este caso clínico sea completada por otros estudios más exhaustivos, que nos permitan realizar un trabajo psicoterapéutico más efectivo con los pacientes dominicanos de origen tradicional.

-
1. Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal, República Dominicana.
 2. El "ser", también conocido como "loa" o "misterio", es un genio, divinidad o espíritu.
 3. Rito iniciático voduista que se realiza con la sangre de un ave, y que sirve para "fijar" el loa o "ser" tutelar en el cerebro del candidato a la iniciación.
 4. Se refiere a María y a su amante.
 5. Divinidad femenina del olimpo voduista.
 6. Véase Ortíguez, M-C et E., "Oedipe Africain", Union Générale d'Éditions, Paris, 1973, p.p. 195-196.

7. Vergote, A., "Dette et désir. Deux axes chrétiens et la dérive pathologique", Editions Du Seuil, Paris, 1978, p. 201.
8. El trastorno histérico se distingue del trastorno psicósomático por su carácter expresivo. Véase Racamier, P-C., "De Psychanalyse en Psychiatrie", Payot, Paris, p. 143.
9. Véase Israël, L., "L'hystérique, le sexe et le médecin", Masson, Paris, 1977, pp. 19-24.
10. Ey, H., "Traité des hallucinations", Masson, Paris, 1973, Tome I, p. 46.
11. Véase Freud, S., "Lo inconsciente", en "Obras Completas", Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, p. 2081.
12. Langness, L., "Hysterical Psychosis in the New Guinea Highlands: a Bena example", in *Psychiatry*, 28, 1965, p.p. 258-277.
13. Véase Follins S., Chazaud J. et Pillon L., "Cas cliniques de psychoses hystériques", in *Evolution Psychiatrique*, XXVI, 1961, pp. 257-286.
14. Conrad, K., "Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns", Thieme, Stuttgart, 1958.
15. Pankow, G., "Structure familiale et Psychose", Aubier, Paris, 1977, pp. 115-124.
16. Los loa se organizan en grupos conocidos como "divisiones".
17. Véase Zempléni, A., "La dimension thérapeutique du culte des Rab. Ndöp, Tuuru et Samp, rites de possession chez les Lébou et les Wolof", in *Psychopathologie africaine*, II, 3, 1966, pp. 316-423.
18. Ellenberg, H. F., "Impressions psychiatriques d'un séjour à Dakar", in *Psychopathologie africaine*, Vol. IV, No. 3, 1968, p. 472.
19. Véase Vergote, op. cit., p. 281.
20. Gollnhofner, O. et Sillans, R., "Phénoménologie de la possession chez les mitsogho. Aspects psycho-sociaux", in *Psychopathologie africaine*, Vol. X, 2, 1974, pp. 197 y 208.
21. Zempléni, op. cit., pp. 402-403.
22. Broustra, J., Martino, P., Monfouga-Nicola, J. et Simon, N., "Réflexions ethnopsychiatriques sur l'organisation temps- espace de la personne", in *Psychopathologie Africaine*, VIII, No. 1, 1972, p. 82.
23. Véase Bogaert, Huberto, "Etude ethnopsychologique sur la personnalité des initiés au culte du Vaudou à St. Domingue", in *Psychanalyse 3, Revue de L'école belge de psychanalyse*, Ete 1985, p.p. 67-79.