
ARTÍCULOS

La histeria como organización o estructura relacional (1). Desde la psicopatología psicoanalítica

Jorge L. Tizón¹

Se realiza una revisión de los motivos por los cuales se discute hoy en día, entre psicoanalistas y no psicoanalistas, acerca de la pervivencia de la histeria para concluir que, en buen medida, esa discusión depende de las variaciones patoplásticas de la misma, así como de problemas conceptuales e ideológicos del psicoanálisis contemporáneo, más que de motivos epidemiológicos.

A continuación, apoyándose en dos casos tratados en psicoanálisis y en múltiples otros, tratados en la asistencia pública, se recuerdan los elementos vigentes de la histeria como «neurosis» vista por Freud. Se los pone en relación con las perspectivas de otros autores contemporáneos (Kernberg, Liberman, Ruprecht-Schampera, Yarom, Bion, Rosenfeld y Meltzer) con el objetivo de completar o matizar los rasgos básicos de la «matriz» o «estructura relacional» de la histeria propuesta recientemente por Yarom. Según el propio autor, en dicha matriz cobran una importancia especial las relaciones internas (de objeto).

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

Paper begins with a revision of usually proposed causes of a supposed diminishing frequency of hysteria. Pathoplastic changes, conceptual problems and ideologic deviations in psychoanalysis and psychiatry really accounts for that phenomenon.

Two cases of psychoanalytical treatment of severe and chronic hysterical females are used as illustration for a tentative synthesis among freudian perspectives, postkleinian perspectives and Yarom's recently published point of view about the matrix of hysteria. Author points out the (internal) object relations as a basic element of «the matrix of hysteria» (or hysterical organization of the relationship).

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

1. Introducción: Sobre la pervivencia de la histeria.

La histeria ha sido uno de los temas centrales del psicoanálisis, al menos hasta los últimos decenios. Los primeros estudios de Breuer y Freud (1893-1895), que anunciaban ya la *revolución teórica y técnica freudiana*, se realizaron a partir de las observaciones e intentos de tratamiento de pacientes histéricos. De igual forma, también la histeria fue el punto de partida y la «experiencia crucial» de las primeras concepciones psicoanalíticas freudianas (Freud, 1894, 1895, 1896, 1900, 1905, 1908, 1917, 1924, 1926, 1931). Durante tiempo, la histeria centró buena parte de los trabajos e investigaciones de los primeros psicoanalistas (Jones, 1913; Rank 1922; Horney, 1924; Federn, 1930; Fenichel 1957...). De esta forma, podríamos decir que, en buena medida, *la historia del surgimiento del psicoanálisis se halla íntimamente relacionada con la historia del estudio psicológico de la histeria*.

Sin embargo, en los últimos decenios, el interés de los psicoanalistas por el tema parece haber descendido, al menos si tenemos en cuenta como indicadores el número de casos comunicados y discutidos o el número de publicaciones y reuniones de trabajo centradas expresamente en este punto. Las explicaciones de ese aparente descenso de interés por el tema podrían ser muy variadas. Por ejemplo, algunos autores nos hablan de una disminución o casi desaparición de la histeria clínica. Disminución en general o, como poco, en las consultas de los psicoanalistas (Veith, 1965; Namnum en Laplanche 1974; Zetzel, 1968...). Sin embargo, desde mi punto de vista, no creo que sea exacto hablar de una «desaparición» de la histeria, sino más bien de una serie de fenómenos o posibilidades que interactúan entre sí para que podamos tener esa impresión. A mi juicio, esas posibilidades se podrían agrupar en tres apartados:

- 1) Una posible disminución de la *incidencia* de la histeria.
- 2) Un cambio en sus manifestaciones clínicas, que la hace menos reconocible o diagnosticable.
- 3) Una dificultad para seguir investigando la histeria y teorizando a partir de ella a causa del (relativo) agotamiento de la capacidad epistemológica y teórica de determinados *paradigmas* o *programas de investigación* estrictamente psicoanalíticos.

Acerca del primero de los apartados poco hay que decir: no existen datos fidedignos que permitan aclarar un aumento, una disminución o un estancamiento de la psicopatología histórica. Máxime si tenemos en cuenta que la histeria suele ser conocida y reconocida en dos clases sociales extremas: entre los marginados y las clases trabajadoras por un lado (los pacientes de Charcot, las pacientes histéricas aún hoy presentadas en las sesiones clínicas de los hospitales universitarios...); entre las clases acomodadas, por otro lado (mujeres dependientes, hombres y mujeres «extravagantes» o seductores de las clases dominantes...). Por otra parte, los marginados e inmigrantes de los países del Sur, entre los que se presume una alta incidencia de fenómenos simil-histéricos y conversivos, no suelen ir al psiquiatra (y menos, al psicoanalista). En otros trabajos he intentado incidir

en la idea de que muchos de los «trastornos disociativos» descritos en muchas culturas y, sobre todo, en los trastornos somatomorfos endémicos y epidémicos (Tizón et al. 1998, 2000) poseen una base en la estructura histórica. Desde los «trastornos por personalidad múltiple» puestos de moda por la psiquiatría norteamericana de finales del siglo XX hasta muchos de los «trances» y trastornos somatomorfos descritos por la psiquiatría intercultural: por ejemplo, la «enfermedad de los partisanos» yugoslavos, el «mal de pelea» americano, las «psicosis nupciales» egipcias, el *dhat* indú, el *koro* malasio, el *shenkui* chino, el *hwa-byung* coreano, el meigallo gallego... (Elleberg 1978, Kirmayer y Young 1998).

En cuanto al segundo apartado, tal vez valiera la pena recordar que el propio síndrome o sintomatología histórica es el más plástico e influenciado (¿*sugestionable*?) de la psicopatología: comenzó confundiendo e identificándose con las situaciones religiosas (por ejemplo, en nuestra cultura, con los éxtasis y fenómenos místicos religiosos). Más tarde, sus manifestaciones más llamativas adoptaron el modelo plástico del *gran ataque histérico*, adhesiva y directamente imitado del ataque o crisis epiléptica, todavía relacionada con lo religioso (como es sabido, la epilepsia durante siglos fue considerada el «*morbus sacer*», la enfermedad sagrada). Era otra muestra actualizada de la ambivalente identificación de la histeria con lo médico (con el lenguaje del cuerpo, en realidad). Con la aparición y desarrollo de la medicina técnica y la extensión de sus aplicaciones a la población, las manifestaciones históricas parece como si tendieran a identificarse *adhesivamente* con algunas de las enfermedades somáticas más dramáticas y/o comunes (tos-tuberculosis, parálisis, afonías, trastornos digestivos, desvanecimientos...). Pero hoy en día ese tipo de manifestaciones han entrado claramente dentro de las posibilidades de identificación empírica de las modernas técnicas médicas mecanizadas. En parte por esta causa, el tipo de sintomatología histórica está cambiando correlativamente. A mi entender, hoy la **estructura histérica** (u **organización relacional** histórica) tiende a manifestarse de forma más interactiva, en las conductas de relación (por ejemplo, algunas actitudes o conductas homosexuales creo que están basadas en rasgos históricos). Sus síntomas físicos, en *conversiones* no tan clásicas (enuresis, disfonía, síndromes vertiginosos, lipotimias...) o en *trastornos por somatización*, *somatomorfos indiferenciados* (APA 1995) y *dolores psicógenos* (quejas de dolores de cabeza, algias lumbares o cervicales, etc).

De todas formas, creo que la principal razón para la disminución de los estudios sobre el tema se debe al envejecimiento (relativo) de nuestras herramientas conceptuales y *preconceptuales* para pensar sobre el mismo. En efecto: los estudios sobre la histeria y las primeras (y siguientes) investigaciones freudianas sobre ella se realizaron dentro del *programa de investigación* inicial de Sigmund Freud, muy apoyado en el biologismo del «Proyecto de una psicología para neurólogos» (1895-1950) y en los postulados y metáforas energéticos, hidráulicos y de la primera tópica. Aunque fue ya en la histeria donde Sigmund Freud descubrió la crucial importancia de la fantasía, creo que el tema no pudo ser suficientemente repensado y replanteado por él desde su segundo *paradigma o programa de investigación*: el paradigma de las relaciones objetales, la transferencia, la fantasía inconsciente, etc (Bofill y Tizón 1994).

Los desarrollos de tal programa de investigación (por ejemplo, los proporcionados por M. Klein y Fairbairn y los posteriores de Bion y Meltzer...) han producido significativos avances en nuestro conocimiento de la psicopatología y las formas de relación de numerosos tipos de trastornos, pero creo que se han utilizado aún demasiado incipientemente en el estudio y ayuda a ese tipo de pacientes. Algunos ejemplos en sentido contrario, sin embargo, vendrían ejemplificados por Fairbairn (1952), Zetzel (1968), Brenman (en Laplanche, 1974; 1985), Dio Bleichmar (1985)... De todas formas, no todos esos avances teóricos han podido solventar los problemas teóricos e ideológicos que algunas críticas ideológicas —entre ellas, las críticas feministas— han planteado al concepto clínico y psicoanalítico de la histeria (Szasz 1968, Mitchell 1976, Dio Bleichmar 1985).

Sin embargo, el punto de partida de mis reflexiones en este trabajo es específicamente clínico. Parte de más de tres decenios de experiencia en la psiquiatría pública española intentado ayudar a personas dominadas por tal tipo de rasgos clínicos así como por más de dos decenios de tratamientos psicoanalíticos de pacientes histéricos/as. Más en concreto, mi interés por el tema del presente trabajo nació con la experiencia reiterada de la *compulsión a la repetición* en los histéricos, compulsión además llamativamente manifiesta —y a nivel paradójico—, en un fenómeno especialmente preocupante y doloroso en la práctica del psicoanálisis con este tipo de pacientes. Me refiero al hecho, comunicado también por otros autores (Coderch 1975, Freixas 1997, Yarom 1999), de que a la persona dominada por la estructura histérica le resulta tan insoportable la relación amorosa y tierna con el objeto y las ansiedades «depresivas» concomitantes que, ante cada nuevo contacto o posibilidades de contacto, regresa inmediatamente a las actuaciones de tipo confusional, perverso, adicto... De esta forma, el paciente reacciona agrediendo sutilmente, o provocando la agresión y la retirada masoquista subsiguiente, refugiándose en la confusión, troceando-despedazando las *captaciones* (*insights*) anteriores, o sumergiéndose profundamente en el mundo de la mentira, de la *mitomanía* incluso, defendida a su vez mediante la confusión secundaria. En ocasiones de especial impacto, creo que lo que aparece en primer plano, sin embargo, son las ansiedades *confusionales primitivas* o momentos «confusionales primitivos» de la mente.

Toda la dinámica anterior puede observarse tanto en el *mundo interno* (perversión de unos aspectos de la personalidad a cargo de otros, y auténtica «adicción» a este tipo de «soluciones» frente al *dolor reparatorio o depresivo*) como en la transferencia: ante cada nuevo avance del *insight*, ante cada nuevo momento de *comprensión o captación vivida, experiencial*, máxime si los afectos sentidos tienen que ver con la ternura, la pena o la envidia, tarde o temprano ha de hacer aparición la propuesta sadomasoquista en la relación, la confusión o la *belle indifférence* que todo lo niegan y confunden; o bien la agresión mediante la pasividad, las fantasías autoeróticas como defensa narcisista o la *erotización* como ataque al *encuadre psicoanalítico*... La reiteración con la cual aparecen y reaparecen esos sistemas defensivos ante la ansiedad «depresiva» o reparatoria, ante los menores indicios de dolor por el daño inflingido al objeto, es lo que me hizo pensar en

el *aspecto adictivo de la relación (interna y externa)*, aspecto que aparece reiteradamente en la conducta del histérico, incluso en forma de dependencia de drogas legales e ilegales... Cada vez que sienten que pueden ser comprendidos y ayudados por una madre-(padre)-terapeuta acogedores, parece como si quisieran «disolver» tales sentimientos y cogniciones mediante la degradación mental o real del objeto o el autosabotaje masoquista... Más tarde, una vez degradado el objeto, puede ser introyectado más fácilmente... Pero ya en esta forma parcial y degradada, lo que recuerda una y otra vez al uso ansiolítico de la «droga dura» por parte del adicto.

Para el planteamiento del tema me ha resultado fundamental mi experiencia en el tratamiento psicoanalítico de este tipo de pacientes. A nivel teórico, siento especialmente útiles las ideas de Ronsenfeld (1971) y Bion (1963, 1970) acerca de la dinámica de las «partes o aspectos de la personalidad». El modelo de Meltzer y Harris (1989) me proporcionó algunas sugerencias claves para el desarrollo de mis ideas acerca de la dinámica familiar y mental de estos pacientes, así como los trabajos y la docencia de Brenman (1985, 1997) acerca de la relación de objeto histérica. Por último, en un trabajo más reciente, Yarom (1997) habla de la «matriz de la histeria» de forma tal que estoy bastante de acuerdo con su descripción de los componentes de dicha matriz (nivel teórico y clínico), pero, sobre todo, con su forma de utilizar el concepto o noción de «matriz»: a nivel epistemológico su concepto de la «matriz» es un concepto de «estructura» o «sistema». En ese sentido, dicho artículo me ha animado a comunicar algunos aspectos de una perspectiva en la cual vengo trabajando hace unos veinte años².

2. Ilustraciones clínicas

La **Sra. A.** realizó un tratamiento psicoanalítico a razón de cinco sesiones semanales, durante más de ocho años. Lo comenzó al principio de la treintena. Es la tercera de cinco hermanos. Sus padres han mantenido «siempre» una relación muy difícil, dominada por la (supuesta) destructividad y desprecio de la madre con respecto al padre. Su madre no pudo darle el pecho. «Yo creo que siempre prefirió a mis hermanos». En consecuencia, su relación con la madre estaba dominada por la animadversión, incluso consciente y egosintónica, que contrastaba con su necesidad, a menudo con manifestaciones muy infantiles, de contactar con ella y tenerla en su casa incluso (una auténtica *dependencia ávida y voraz* en el sentido de Brenman -1985). A su vez, ha tenido cinco hijos y un aborto. No ha podido amamantar a ninguno de los hijos y cada intento de lactancia ha agravado o puesto en marcha diversas descompensaciones, bien de tipo conversivo, bien de tipo psicossomático...

Acudió al tratamiento por una sensación «de ansiedad atenazante» que la iba invadiendo en todas sus relaciones sociales y afectivas, de forma tal que sus relaciones con su marido, sus hijos, sus padres, hermanos y allegados eran profundamente insatisfactorias y «sin futuro». Padecía además diversas molestias conversivas, a las cuales intentó quitar importancia en las entrevistas iniciales, a

pesar de su aparatosidad y reiteración: dolores psicógenos, vómitos reiterados, síndromes vertiginosos, parestesias en las piernas, disestesias en sus senos que le impedían dar de mamar, afonías recurrentes, episodios de posible enuresis funcional que no pudieron ser diferenciados de la incontinencia postquirúrgica en los primeros años del tratamiento —ni tampoco, con respecto a bruscas excitaciones sexuales acompañadas de abundantes secreciones genitales—... También padeció reiteradas «psicosomatosis», alguna de ellas seria (digestivas y ginecológicas) y que precisó prolongadas y especializadas exploraciones y terapéuticas médicas antes de que la relación analítica hubiera llegado a ser suficientemente significativa para ella. En resumen: con toda la sintomatología anterior, como mucho podría ser clasificada en el tercer grupo de histéricos a los que alude Zetzel (1968) —en especial, por la dificultad de este análisis—. En su presentación cotidiana, los aspectos «seudoadultos» se imbricaban y alternaban continuamente con aspectos inmaduros, en ocasiones abiertamente infantiloides (es decir, patológicamente infantiles).

Su tratamiento pasó por una larga fase de idealización y erotización solapada de mí y de la terapia. Los episodios de interrupción brusca en la comunicación y de aparente confusión secundaria me han hecho pensar en hasta qué punto utilizaba algunas situaciones del encuadre (en especial, las frustrantes y las resonancias o desviaciones persecutorias de mis señalamientos e interpretaciones) como estímulo para una excitación sexual —y por supuesto, relacional— posiblemente polimorfo-perversa. Por otro lado, durante sus primeros años de tratamiento, su dificultad de soportar las frustraciones y su necesidad de seducción, de que me pasara «de su lado», a confortarla psíquica e incluso físicamente, fueron sentidas con tal intensidad que con cierta frecuencia llegó a practicar en la sesión movimientos repetitivos que me hacían recordar el «balanceo de los infantes» y que, en varios niveles, habría que considerar como autosensoriales (Corominas 1991, Tizón 1997) y/o de autocontención mediante el refuerzo de la «segunda piel» de la cual hablaba Esther Bick (1968, 1988).

La necesidad de que mi «imagen» de ella no quedara dañada —con el peligro subsiguiente de que yo la abandonara— creo que era la motivación inconsciente (a veces consciente) de sus continuas obscuridades y «empastelamientos» de lo narrado. E incluso de parte de sus deformaciones del material y de sus mentiras y ocultaciones conscientes. (Le debía parecer tan seguro que si me enteraba de tal o cual cosa no iba a querer seguir el tratamiento (o, más narcisistamente, «iba a quedar mal delante de mí»)...) Sin embargo, en la medida en que se iba encontrando más segura de su sitio en «mi casa», mi diván, mi mente, tras años de explorarme como continente, comenzó a realizar mucho más abiertamente las protestas y rabietas, en ocasiones abiertamente infantiles, que anteriormente sólo me traía insinuadas, o desplazadas, o «reprimidas», o proyectadas... Después, durante años, intentó someterme a un estricto control, basado en una *dependencia* con tonos muy parasitarios: al fin y al cabo, yo era un objeto necesario, pero del que desconfiaba profundamente. Aparente lo que aparente, no soy seguro —lo cual es cierto, en parte por causa de los ataques que sus aspectos «niña mala» me realizaban (en la fantasía y en la realidad). De esta forma, se quejó innumerables veces de cual-

quier desatención, falta de cuidado y delicadeza en mis interpretaciones... Vigilaba continuamente si yo me dormía, si me enfadaba, si mi tono significaba que yo no aguantaba más, y que iba a echarla... Y todo ello, al mismo tiempo que podía bloquear completamente las sesiones con silencios, dejó durante años las frases y las comunicaciones inacabadas en gran parte de las sesiones, convertía las posibles comunicaciones en meras sugerencias oscuras que yo tenía que descifrar — y además, adecuadamente; e interpretarlas «con delicadeza», por supuesto—.

Todavía en el último período del tratamiento seguía manifestando ocasionalmente episodios de somatización y alguna recurrencia de sus trastornos «psicosomáticos» (lesionales). En realidad, tales síntomas mejoraron de forma importante, paralelamente a un cierto aumento de su continencia de las actuaciones, en gran manera ayudado por el encuadre y el tratamiento en general. Pero la tendencia a la «descarga somática de la ansiedad» creo que no llegó nunca a desaparecer del todo, de la misma forma que ciertas tendencias a la regresión excesivamente infantilizada ante las situaciones de ansiedad en la relación y una necesidad de «protagonismo solapado» mayor de lo normal.

La **Sra. N.** realizó asimismo un largo análisis a razón de cinco sesiones por semana. Comenzó el tratamiento bien avanzada la treintena. También ocupa un lugar intermedio en una fratria numerosa. Procede de un matrimonio entre una madre «de clase alta» y un padre que durante decenios fue idealizado por la paciente de forma defensiva: murió cuando ella era adolescente. Su madre alimentó al pecho a los hijos mayores. Los menores tuvieron *lactancias mercenarias* a cargo de «amas de cría» o «de leche» (*didás*). Todos, menos ella: desde que nació fue entregada al cuidado de una doméstica, mujer que la paciente siente y reconoce, teniendo actualmente contacto con ella, como fría, malhumorada y distante. También su madre se distanció de ella tras el nacimiento (al menos en las reconstrucciones de los recuerdos que la paciente ha logrado mediante interrogatorios a unos y otros en el medio familiar). Desde después de su parto, la madre realizó frecuentes y largos viajes con el padre. Según la Sra. N., la mayoría de los viajes comenzaban por sorpresa, incluso de noche muchos de ellos, para evitar las fuertes «escenas de rabia» que la niña N. y alguno de sus hermanos les hacían en caso de enterarse a tiempo. El tipo de escenas que N montaba y sus venganzas escondidas posteriores llevaron a que, durante años, por padres, hermanos y primos la llamaran con el apelativo «cariñoso» (sic.) de «*bichejo*». (Al menos, hasta que se convirtió en la adolescente «preferida de papá»). Era característico de esta paciente un cierto aspecto de «autosuficiencia irritada» y arrogancia que presidía muchos momentos de su relación. Ese rasgo me hacía recordar en ocasiones a Emmy von N., la aristócrata rusa tratada por Freud (1989). A menudo he sentido que tal rasgo de carácter, muy destacado, parecía «justificado» en esa historia anterior, en esas graves alteraciones de la triangulación originaria.

Todos los hermanos, junto con algunos otros niños, primos y parientes o vecinos, durante los viajes de los padres quedaban al cuidado de una nutrida representación del servicio doméstico. Sin embargo, en realidad nadie parecía hacerse

cargo (afectivamente) de los niños. Consecuentemente, los juegos eróticos e incestuosos eran moneda corriente entre la «banda de niños y niñas». Luego, tal vez tras la muerte del padre, N. fue separada de la familia y enviada con un matrimonio sin hijos en cuya severidad confiaba la madre. En realidad, la convivencia con ellos dio pie a frecuentes y complejas situaciones más o menos sexualizadas con importantes componentes exhibicionistas-voyeuristas por parte de la paciente. (La Sra. N. ya durante años había estado dominada por la culpa y la vergüenza por haber espiado en varias ocasiones a su padre masturbándose en solitario en la habitación matrimonial).

El análisis de esta paciente, que en varios aspectos recuerda al cuarto grupo de histéricos de Zetzel (1968) —los «no analizables»—, pasó por un primer período en el que lo dominante era la erotización - idealización, con intentos de que yo al menos la valorara como triunfante en su patología, como a «una histérica rica y exitosa» al menos. En ese período, se defendía de la culpa y de los sentimientos producidos por sus aspectos «no exitosos» mediante el ocultamiento y la mentira. Y con una insistencia tal que hacía pensar en la mitomanía. Por ejemplo, a pesar de que durante años la paciente llevaba continuamente puesto un voluminoso «paquete» para empapar la orina, sólo tras año y medio de tratamiento pudo hablar de su enuresis funcional diurna secundaria. En la infancia, según ella, había tenido una enuresis primaria nocturna que había desaparecido a los 12-14 años, para reinstaurarse con el nacimiento de su segundo hijo (el cual fue también enurético al menos hasta los 18 años).

Además de la enuresis funcional y de un posible «colon irritable», esta paciente presentaba una compleja serie de «expresiones emocionales psicósomáticas», «trastornos funcionales» e incluso algún «síndrome lesional» de tipo «psicósomático» (Tizón 1996): síndrome del intestino irritable, menometrorragias idiopáticas, síndrome de tensión premestrua, «cefaleas en racimos»...

Los ataques al encuadre externo y a mi encuadre mental dominaron toda una segunda etapa del tratamiento, que comenzó a reorientarse a partir de mi replanteamiento *como comunicación primitiva y desesperada* de alguna actuación interna o externa serias. Por ejemplo, de algún episodio de enuresis durante la sesión (y en una época en la que había abandonado ya el uso del protector, al menos en las sesiones). Desde luego, la enuresis, el orinarse encima, como en otros adultos o niños, también tenía el sentido de «lavar» y «arrastrar» excitaciones que dominaban a la paciente en diversos momentos y un significado de provocación más perverso (Tizón y Torres 1994). Sueños y asociaciones frecuentes de ir en bicicleta, montar a caballo, bajar a horcajadas por pasamanos de escaleras y similares reforzaban esas fantasías que suelen concebirse como más frecuentemente vinculadas con la enuresis funcional.

Pero comenzar a percibir e interpretar la enuresis como forma de comunicación muy primitiva, muy desesperada y poco contenida, como en general lo es la enuresis, señaló un importante punto de inflexión en el tratamiento. A partir de que

comencé a incluir en las interpretaciones este aspecto, creo que la paciente se sintió tolerada y acogida a niveles más profundos y pudimos contrarrestar algo mejor entre los dos las tendencias perversas y adictas a la perversión (todos sus hermanos padecen manifestaciones clínicas graves de esos dos tipos: adicto y/o perverso). El proceso analítico se consolidó lo suficiente como para trabajar con regularidad durante años, aunque siempre en una situación emocional de tensión y dificultad por mi parte. Por ejemplo, la colaboración inconsciente, preconscious y consciente de la paciente con el tratamiento, hasta entonces sólo ocasional, se consolidó progresivamente, pero siguió siendo interrumpida de tanto en tanto por períodos de rabietas, quejas y peleas conmigo abiertamente infantilizadas.

Una aclaración técnica antes de seguir adelante: A pesar de la insistencia de numerosos autores acerca de la necesidad de realizar modificaciones en la técnica psicoanalítica clásica para que estos pacientes permanezcan en análisis y no realicen «acting-outs» graves (cfr. por ejemplo Sugarman, 1979; Kernberg, 1975), los tratamientos psicoanalíticos con los que ilustro este trabajo se realizaron siguiendo la técnica psicoanalítica clásica de raigambre kleiniana, en la medida en que fui capaz de conocerla y aplicarla. Aunque inicialmente creo que había elementos en mi técnica que hoy calificaría como excesivos. Sobre todo, en el tipo de interpretaciones: por ejemplo, en la interpretación aunque no frecuente sí excesiva de la destructividad, en la poca consideración de la transferencia positiva, etc. Otro cambio de importancia entre mi actitud ante ese tipo de pacientes hace unos años y mi actitud actual, tiene que ver con la exploración de la situación global y contexto relacional del paciente. En particular, ahora intento explorar junto con él/ella mucho más estrictamente sus *medios o niveles para la contención* antes de comenzar el tratamiento: según cómo sean esos niveles para la contención (Tizón 1992, 1994, 1997) puedo incluso indicar la necesidad de tener acordado un psiquiatra con buena formación médica que se haga cargo de la atención a la familia y de posibles crisis así como de la tendencia a las «quejas somatomorfias biológicamente no explicables» y a la yatrogenia —tanto del paciente como de los profesionales sanitarios. Desde luego, son elementos indispensables en el tratamiento de niños y adolescentes con esta estructura. Intento así preservar al análisis de actuaciones y modificaciones innecesarias; también intento así que el terapeuta auxiliar pueda promover las modificaciones necesarias de esos niveles de contención para reforzar lo conseguido mediante el tratamiento psicoanalítico (que, como se sabe, actúa fundamentalmente *sólo* sobre los dos primeros niveles para la contención: mundo interno y constitución yoica. Tizón, San José, Nadal 1999). Por último, encuentro que tal trabajo de exploración conjunta previa es imprescindible para prevenir «sorpresas en el tratamiento». Por ejemplo, el ocultamiento de cuadros conversivos o somáticos severos o perturbadores del encuadre analítico: trastornos lesionales importantes tales como un «colon irritable», enuresis o incontinencia funcionales, conversiones groseras... Mi experiencia retirada es que muchos pacientes que buscan psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis ocultan estos datos en las entrevistas iniciales: por un lado, para asegurarse de que el terapeuta comenzará el tratamiento y no los rechazará por ellos; por otro lado, porque son «armas secretas» para las exploraciones posteriores del analista y del encuadre. De ahí que sea

imprescindible, en mi perspectiva actual, la exploración conjunta previa de esos «niveles para la contención» y el llegar a lo que he llamado un «diagnóstico pentaaxial» (Tizón 1996, Tizón et al. 1997) antes de comenzar el tratamiento psicoanalítico con estos pacientes.

3. La matriz básica de la relación objetal en la histeria

Tanto las reflexiones acerca de la psicopatología psicoanalítica de la histeria, como de los trastornos «psicosomáticos», la hipocondría o las psicosis, me han llevado a replantearme el modelo de psico(pato)logía³ psicoanalítica tradicional (Tizón 1997, 1998, 1999, 2000). No puedo en estas breves páginas realizar ni siquiera un esquema general de ese replanteamiento o describir las principales repercusiones que el mismo posee sobre nuestra perspectiva de la histeria y la estructura relacional histórica, aunque he escrito breves esquemas y aplicaciones del mismo en trabajos de psicoanálisis aplicado y poblacionales (1998, 2000). Por todo ello, en esta comunicación me centraré únicamente en algunos de esos factores básicos de esta organización relacional, factores que vienen reseñados en las tablas 1 y 2. Los casos han sido incluidos como ilustradores de los aspectos más generales de este punto de vista.

Desde la perspectiva clásica, la histeria (y la histeria de conversión como exponente máximo de la misma), se consideraban basadas en conflictos intrapsíquicos de tipo edípico y fálico generadores de intensa ansiedad. Dichos conflictos alcanzan una expresión externa a través de la dramatización simbólica en las relaciones con los otros o en el propio cuerpo como «espacio transicional» de la relación con los objetos. Los impulsos y afectos «reprimidos» (o disociados), así como las defensas erigidas contra ellos, se pensaba que resultan transmutados o «convertidos» en diversas clases de signos y síntomas: relacionales (en todo histérico) y motores o sensoriales, en los trastornos conversivos típicos (Freud 1893, 1894, 1895, 1896, 1900, 1905, 1908, 1910, 1924, 1925, 1926, 1932; Wisdom, 1961; Marranti, 1986; Mayer 1986, Freixas 1997). A mi entender, salvo en los casos en los cuales los rasgos histéricos son sólo expresión de graves patologías limítrofes, es difícil deslindar grupos o clases de histéricos bien diferenciados; o realizar *a priori*, antes de comenzar el tratamiento, una delimitación entre los «histéricos pregenitales» o «preedípicos» y los «buenos histéricos»; o entre los histéricos «de verdad» y la «personalidad infantil», que Sugarman (1979) describe con tanta precisión: el problema es que la misma precisión se echa en falta en la descripción del «histérico edípico» o «real» en tanto que trastorno mental (al menos neurótico) —y no tan sólo como un conjunto de rasgos neuróticos en personalidades relativamente sanas que las hacen especialmente indicadas para ciertos tratamientos psicoanalíticos—. En tal sentido, creo estar más de acuerdo con autores como Lazare (1971), Coderch (1975), Eskelinen y cols. (1975, 1987), Blacker y Turpin (1977), Allen (1977), Brenman (1974, 1985), Yarom (1997), etc, los cuales dejan entrever que, para ellos, existe un continuum entre el *histérico edípico* y el *histérico «infantil»*, *borderline* o «*narcisísticamente vulnerable*» y que ese continuum es parte integrada de la «estructura» o «psicodinamia histórica».

Creo que en el tema de la histeria siguen siendo sumamente válidas muchas de las ideas freudianas, repetidas en numerosas ocasiones y resumidas por ejemplo por Marranti (1986). Los casos cuya evolución he expuesto han sido escogidos precisamente por ser ilustrativos al respecto. Teniendo en cuenta fundamentalmente las ideas de Sigmund Freud que, a mi entender, siguen siendo válidas, la histeria se trataría de:

1. Una neurosis con *conflictos manifiestos en la vida sexual*. En lo latente predominan fantasías perversas y pregenitales (preferentemente orales y fálicas) (Elemento muy visible en la Sra. A y la Sra. N).
2. Sus manifestaciones están organizadas sobre el modelo *fálico-edípico* del desarrollo psicosexual: fijación incestuosa en el progenitor del sexo opuesto; hostilidad solapada o explícita al progenitor del mismo sexo. La problemática primordial se centra en la *seducción - angustia de castración - rivalidad y celos*, aunque a nivel latente predomina la *problemática narcisista*. El conflicto edípico está siempre manifiesto y es una parte fundamental de la estructura histérica (pero se trata de un conflicto edípico teñido desde el principio por la perversión (N) y el recurso excesivo al narcisismo (A y N).
3. Los recursos yoicos del sujeto trasuntan un alto grado de desarrollo del aparato psíquico con *buen nivel de simbolización* que facilita el despliegue de condiciones llamativas de *histrionismo - teatralidad - dramatismo - cultivo de la fascinación* al servicio de la seducción, calmar la angustia de castración y halagar el propio narcisismo (sobre todo N).
4. Tendencia a la *expresión somatomorfa de la fantasía* (A y N).
5. Ordenamiento del mundo en *objetos o circunstancias fobígenas o persecutorias y protectoras o placenteras* (A y N).
6. *Altos beneficios secundarios* de la sintomatología, un elemento diferencial con respecto a otros cuadros clínicos (A y N).
7. Inestabilidad emocional. Conflicto entre *equilibrio y descompensación narcisista*, que remite a alternativas o manifestaciones narcisistas *saludables o patológicas*, agudas, episódicas o crónicas (A y N).

Puede observarse que, desde mi punto de vista, la «famosa *sugestionabilidad*» del histérico no figura entre las características estructurales de este modelo relacional. Su realidad también ha sido matizada por varios autores desde que fue enunciada por Charcot, Breuer y Freud —cabría citar aquí, por ejemplo, a Easser y Lesser (1965) o MacKinnon y Michels (1971)— en el sentido de que el histérico sólo es sugestionable en la medida en que el terapeuta le proporciona las sugerencias que en ese momento le interesan y que, a menudo, son las que él mismo, de forma sutil, ha sugerido al terapeuta. Por lo tanto, siempre hay que pensar la *sugestionabilidad del histérico* en acción y reacción con su antítesis: la *capacidad de sugerir, de hacer actuar y de triunfar sobre el otro, sobre el objeto*. No olvidemos que en la mayor parte de los primeros casos descritos por Breuer y Freud, las comunicaciones más significativas o las «superaciones de las resistencias» sucedían a menudo... tras contactos físicos con las paciente más o menos forzados o

provocados por éstas: masajes, imposición de la mano en la frente, etc. O que esa capacidad de sugestionar al otro debe estar jugando un papel incluso epidemiológico en la auténtica epidemia de «diagnosticadores de personalidades múltiples» que asuela actualmente los USA (con una media diagnosticada de entre 7 y 15 «personalidades» por caso).

A esa conceptualización de los elementos básicos de la *estructura, matriz u organización relacional histórica* ya remarcados por el mismo Freud, desde mi punto de vista habría que añadir los siguientes elementos o matices, que deduzco tanto de los casos tratados por mí como de bibliografía clínica más reciente: El uso *seductor del cuerpo*: No es para expresar o recibir cariño, sino aprobación, admiración o protección (MacKinnon y Michels 1971). Es lo que está debajo de los usos eróticos y estéticos del cuerpo en el histérico, más que un sentimiento de intimidad o de placer sexual.

Las *somatizaciones y expresiones somatomorfas* son una consecuencia obligada en nuestra época: desde conversiones hasta enuresis, somatizaciones y dolores psicógenos... (y hay que saber diferenciar esas comunicaciones somatomorfas de los «despeñamientos corporales de la ansiedad» en los trastornos psicósomáticos lesionales). En cualquier caso, un resultado de esa hipercatectización del «cuerpo enfermo» es la notable tendencia a la *medicalización* y a la *cronicidad medicalizada* (Galeote et al 1986) del histérico en nuestras sociedades.

La organización histórica descansa sobre el *narcisismo*, desde luego, pero un narcisismo con numerosos rasgos infantiles y muy apoyado en la comunicación somatizada. Es como si la histeria estuviera montada sobre la fantasía: »*Las conquististas prueban mi valor*», fantasía que, desde luego, implica la tendencia del histérico a vivirse a través de los demás. Un rasgo en acción y reacción con otro derivado del narcisismo: el *egocentrismo*, basado en la fragilidad del *self*. El egocentrismo más el frecuente uso de defensas perversas y proto-perversas es una de las causas del rechazo de los histéricos por parte de los grupos humanos, antes o después.

La *competitividad homófila, de género* es prácticamente omnipresente. Ya la había mostrado Freud en sus historiales clínicos, señalando el antagonismo competitivo con otras personas del mismo sexo aparentemente admiradas e idealizadas, pero en realidad desvalorizadas. El histérico mantiene relaciones fuertemente teñidas de esa competitividad homogenérica, la cual nos habla de las dificultades de identificación con la madre y, en general, en la triangulación originaria. Una consecuencia es el conflicto ambivalente entre «la mujer» y «la madre» y los problemas con la *feminidad* (con la *identificación femenina*): así, se han visto muchos aspectos relacionales de los histéricos graves como «caricaturas de la feminidad» (Green 1974, 1997), manifestaciones del «feminismo espontáneo de la histeria» (Dio de Bleichmar 1985), manifestaciones antifeministas, etc. («*La histérica es la mujer que se mira y piensa desde la perspectiva del varón fálico-castrado*» — Moscone 1986— o el «*hombre que se identifica con la caricatura de la feminidad*»).

Dos características básicas a mi entender de la estructura relacional histérica son el *frecuente recurso defensivo a la fantasía*, que lleva incluso a que sea preferible la satisfacción fantaseada a la real (porque estimula los celos y rivalidad con el Otro), y la *versatilidad de las defensas*, muy relacionada con la capacidad de simbolizar y, al tiempo, con la capacidad de oscilar entre una posición «esquizoparanoide» y una «posición reparatoria» bastante elaborada. Es un elemento que ya había sido señalado por el propio Galeno, en el siglo II de nuestra era, cuando decía: «*Pasio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia subse comprehendit*».

Otro rasgo estructural son los *problemas de identificación e identidad*. Vienen motivados por las alteraciones triangulares primitivas, por el uso de la escisión y la identificación proyectiva masivas, por la necesidad de sugerirse como sugestionable, por la necesidad de seducir...

A nivel de *relación de objeto* una característica básica de la organización histérica es su profunda necesidad de dependencia. Pero, como luego insistiré, de una *dependencia voraz y estéril del objeto*, en parte motivada por su continua introyección de objetos dañados y parcializados. El peligro para el terapeuta radica entonces en la posibilidad de coludir con la *omnipotencia proyectada*.

Una última característica básica de la ERH que quisiera destacar aquí es el uso defensivo frecuente de la *confusión secundaria* (un medio de mantener el control del otro y la fantasía del control omnipotente). Pero la presencia de dicho tipo de confusión no debe llevarnos a confundirla con los momentos de *confusión primaria* que pueden aparecer en el trascurso de un análisis o en situaciones de alto impacto emocional.

Ante cualquier acercamiento a la culpa reparatoria y a las ansiedades «depresivas» o reparatorias, la Sra. A. reaccionó durante años en el análisis con una compleja serie de gesticulaciones corporales, manuales y faciales desordenadas y sumamente aparatosas. Desde luego, ello interrumpía irremisiblemente toda continuidad en el trabajo sobre el tema, pero también manifestaba el impacto confusional y la profundidad de los peligros mentales que ese tema o situación le producía.

Otro elemento estructural de radical importancia en la *estructura u organización relacional histérica (ERH)*, pues seguramente supone uno de los estabilizadores máximos del sistema, es el *recurso adictivo a relaciones y conflictos sadomasoquistas*, tanto en la realidad interna como en la realidad externa. A mi entender, otras expresiones de esa defensa perversa son las particulares «reacciones terapéuticas negativas» del histérico grave y su continuado recurso a la *propaganda intrapsíquica contra el Otro autónomo, no seducido*. Cuando predominan esas defensas es cuando el histérico hace pensar en una fantasía (inconsciente) del tipo de: «*Te haré adorarme aunque para ello tenga que enloquecerte*».

Los *elementos masoquistas*, como parte indisoluble de la defensa mediante el sado-masoquismo, a mi entender son intrínsecos a todo tipo de pacientes histé-

ricos, y no tan sólo en las «personalidades infantiles histeroides» de Sugarman (1979). Sigmund Freud había ya observado la necesidad de Emmy von N. de atormentarse con fantasías terroríficas, rasgo que al final del tratamiento reconocía como persistiendo «prácticamente igual que al comienzo» (Freud, 1895). Sobre todo, el masoquismo es notable en su tendencia a actuar como auto-saboteadores aunque, como muestra la historia de la Sra. A., las actuaciones masoquistas sexuales pueden existir realmente en algún momento de la vida: aseguraba haber sido violada por un familiar directo y por otra persona, mientras que la Sra. N. se sentía a menudo fuertemente traumatizada por lo que describía como claras relaciones voyeuristas-exhibicionistas con sus tíos. Como consecuencia del predominio de la estructura histérica, y por lo tanto, de ese rasgo importante en ella, estos pacientes son sumamente hábiles para inspirar rabia y ataques mediante la «instilación en los otros del propio objeto malo» (Sugarman, 1979). En ese sentido, el masoquismo es una forma de hacer actuar al otro, al objeto, al analista, como mostraba a menudo la Sra. A. Por eso en este tipo de personas habría que pensar en las excepciones del aforismo freudiano de que «**la neurosis es el negativo de la perversión**». En conexión con este tema, sus *reacciones terapéuticas negativas* (Sandler, 1980) son frecuentes y muy aparatosas a lo largo del tratamiento. Pueden llevar incluso a la pareja terapéutica a una especie de conmisericordia mutua que la Sra. A. facilitaba en numerosos momentos del tratamiento.

Todo es posible y todo está permitido para controlar a un Otro cuya falsedad, real o fantaseada, estimula ansiedades persecutorias y, en ocasiones, confusionales. A menudo, el objeto antes vivido como total es parcializado: lo importante es que en la mente dominada por la organización histérica no hay de quien fiarse *a nivel afectivo (profundo)*. De ahí la *fantasía dominante del histérico*: salir adelante como tal histérico (Brenman 1985).

La **Sra. A.** ejemplificaba claramente todo esto a través de un sueño del primer período del tratamiento, en una época en la cual los intentos de erotización infantilizada de la transferencia (y la secreta esperanza-temor de conseguirlo) eran muy evidentes:

«Voy caminando con un grupo por una carretera. Son mis hermanos, primos, amigos, amigas... Todos vamos contentos y yo voy cantando y saltando. Entonces, bueno, eso, me adelanto un poco y... (Silencio. Le cuesta seguir. Se retuerce una mano con la otra. Se tapa la cara). Bueno, pues eso: yo me adelanto y oigo detrás algo así como si viniera un tanque. Oigo el ruido de las cadenas detrás... (Silencio. La paciente se remueve en el diván, angustiada...). Pienso que nos va a atropellar a todos... Y me parece que a veces oigo... Eso... Oigo... Bueno: cómo les atropella. Pero yo sigo delante y no estoy asustada, sino contenta. Se que, llegado el momento, voy a poder escapar...Y voy pensando en la pirueta que haré...

«Cuando ya no queda nadie y no sé qué ha pasado con los otros (sic.), oigo que el tanque se acerca... Sigo caminando y, cuando el camino se estrecha, hago

una pirueta y caigo al otro lado del camino, y a un nivel diferente, de forma que el tanque no puede ya alcanzarme...»

*Por el clima de la sesión y el clima de este período del tratamiento, le hablé entonces de cómo me sentía a mí como ese tanque peligroso, que iba a aplastar sus momentos y fantasías alegres, toda una forma de vivir «como si no pasara nada, pero con la tragedia detrás», situación que le era tan familiar y conocida. Pero que ella, aunque me teme, confía en su capacidad de «saltar», de «hacer piruetas» y escaparse alegremente, indemne, sin resultar alcanzada ni tocada por mí. Y que esa es la confianza que aún tiene en salvarse de aspectos dolorosos de este tratamiento, con métodos y sistemas que le vienen **desde la infancia**.*

«Eso que me dice, no sé... No lo entiendo bien... (¿Recurso a la confusión y a la «incapacitación mental»?). Pero ahora recuerdo lo que seguía en el sueño: El desnivel al que yo saltaba continuaba con un camino, un sendero estrecho que entra en un bosque muy bonito... La prueba ha pasado y estoy contenta porque me he vuelto a librar. El sendero da una curva y yo me doy cuenta de que me está llevando a S, la casa donde pasábamos los veranos en mi infancia, donde ocurrieron aquéllas cosas con mis hermanos que ya le conté». (Se refiere a una época de juegos sexuales que, más que contarme, me ha sugerido en varias ocasiones).

(Efectivamente, el camino de «la pirueta» es el camino de la histeria triunfante, que salva de la catástrofe... pero que lleva a la actuación erotizada, sentida por ella misma como dañina. Mi interpretación, sin embargo, parece haberle puesto en contacto con «los caminos de su infancia» y con S, que los resume y recuerda: momentos de la infancia sintiéndose necesitada de cariño y atenciones, pero teniendo que recurrir a la erotización (¿o a la autosensorialidad?) en tanto que recurso ansiolítico (¿o consolador fusional?).

Ya he mencionado cómo la amplia panoplia defensiva de la estructura histérica puede llegar a incluir mecanismos de defensa tanto «neuróticos» como «psicóticos», así como la «confusión secundaria» y el uso de la mentira consciente y la mitomanía. El objetivo de la puesta en marcha una y otra vez de tan amplia panoplia defensiva es siempre el mismo: anular, negar o desarticular *la verdad emocional anterior*. Como decía, actuará pues tras la aclaración de un conflicto inconsciente concreto y, por lo tanto, contra un *insight* anterior; ante la puesta en evidencia del error o la mentira no fácilmente camuflable; ante un momento de pena, tristeza, contacto con su profundísima necesidad de ternura y afecto honestos, no pervertidos en su fin o en el objeto... La eficacia de tal panoplia defensiva es también muy amplia: de ahí la estabilidad de la estructura histérica, que tan sólo la demencia senil o presenil parecen descompensar. En definitiva, cada uno de los *recursos defensivos* puede entrar en acción bien combinándose y superponiéndose, bien secuencialmente, de forma encadenada. El resultado durante años es que cada uno de esos momentos de contacto puede dar paso a un *mar gelatinoso en el cual a duras penas —según un sueño de la Sra. A— flotan los restos del naufragio...* El histérico se aferra pues a esos objetos parcelados que flotan en el mar

gelatinoso, diarreico, como de una «*diarrea con tropezones*», según la expresión de la Sra. A. Se aferra pues con su típica «dependencia parasitaria» porque está segura de que el Otro será también seducible al erotismo o al sadomasoquismo. Y sólo con la experiencia de la proximidad no seducible, pero solícita, puede ir descubriendo una *profundidad tridimensional*: tras el pecho parcializado, tras el falo, puede estar un Otro que, honradamente, tal vez pueda aceptarle sin todo el aditamento y la parafernalia habitual; que puede incluso aceptarle y contenerle en sus ansiedades confusionales primitivas y persecutorias.

La Sra. A. durante años llegó a aportar al análisis complejÍsimos y prolongados sueños, con numerosas escenas, secuencias y detalles. Tardó años en poder reconocer cómo a la «elaboración secundaria» propia de cualquier relato de un sueño, añadía embellecimientos y completamientos conscientes, al contar el sueño, en buena parte relacionados con sus ensoñaciones diurnas (lo que podríamos llamar «elaboraciones terciarias»). También utilizaba los elementos del sueño para ensoñar durante horas, así como para proporcionarme «sueños más psicoanalíticos» (que me gustaran más) y/o para poder mantener disociados otros sueños que ella llamaba «más feos» (en general, más angustiante, significativos y claros).

En la medida en que tal situación y tal relación no es infrecuente, la consideraré uno de los puntos de partida de las reflexiones psicopatológicas con las cuales intento continuar este trabajo.

Tabla 1. Organizaciones Psico(pato)lógicas fundamentales de la relación.

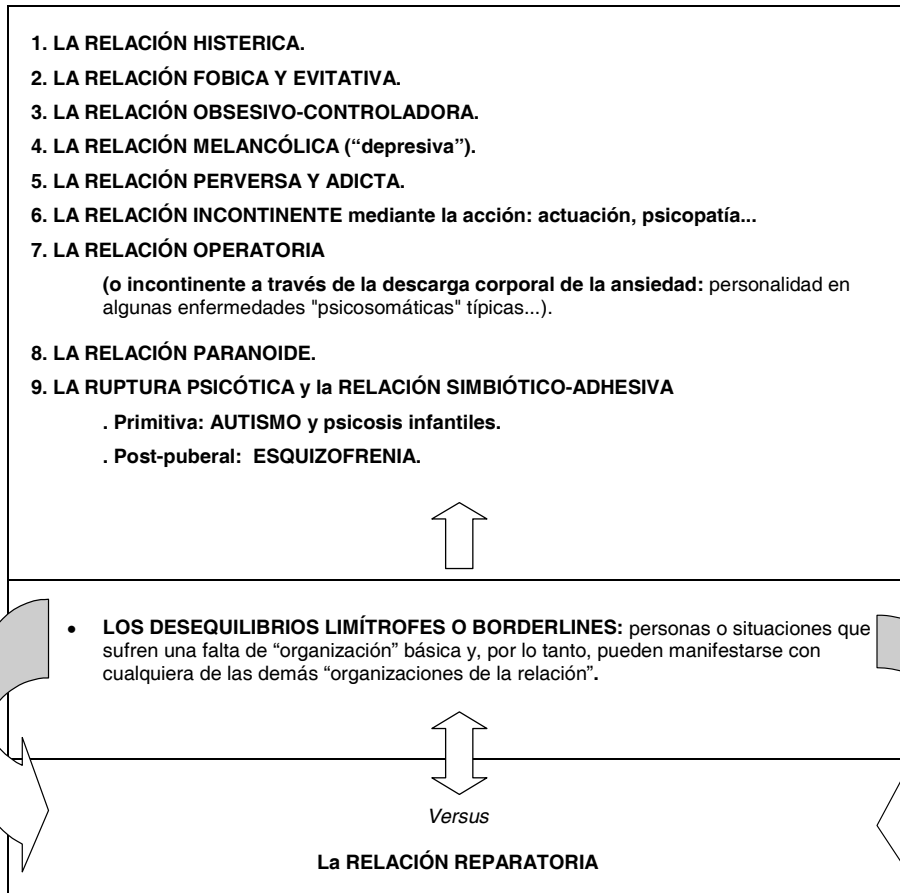


Tabla 2. Componentes o factores fundamentales de cada organización (o estructura) de la relación.

MANIFESTACIONES DE CADA ESTRUCTURA	APARTADOS DE SU ESTUDIO
. clínico-fenomenológicas . en las relaciones externas	1. Presentación / Entrevista/ Cuadro clínico (y clasificaciones psiquiátricas). 2. Manifestaciones en la Realidad Externa, con los Objetos Externos.
. en las relaciones internas	3. Relaciones con el cuerpo y self corporal. 4. Introyección / Proyección. 5. Pulsiones y motivaciones fundamentales. 6. Estructura: . del Yo y las defensas . del Self 7. Mundo Interno / Objetos Internos.
. en su genética (en la infancia y posteriormente)	8. Genética: . en la primera infancia . en la relación y la Transferencia
. en el tratamiento psicoanalítico	9. Técnica psicoanalítica.

Bibliografía

Se incluye al final de la segunda parte.

Notas

¹Psicoanalista, Psiquiatra de 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, 1^o 3^o. 08037-Barcelona.

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

²En estos ámbitos intento utilizar un concepto epistemológicamente estricto de «estructura» o «sistema»: aquél conjunto de elementos organizado por los principios de sumatividad o totalidad, emergentismo, dinámica interna regida por unas leyes determinadas, autorregulación y equifinalidad.

³Utilizo en ocasiones el neologismo psico(pato)logía, siguiendo a autores como C. Castilla (1978), para resaltar que una psicopatología adecuadamente fundada ha de estar basada en una psicología que le sirva de substrato teórico y que, a su vez, toda psicopatología basada en la clínica ha de poder aportar conocimientos esenciales a la psicología teórica.