



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Manifestaciones sintomáticas de la histeria en la actualidad: elementos para un recorrido *hystórico*.

Alejandro Riascos Guerrero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura
Bogotá, Colombia

2020

Manifestaciones sintomáticas de la histeria en la actualidad: elementos para un recorrido *hystórico*

Alejandro Riascos Guerrero

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Magister en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura

Directora:

Mg. Sylvia De Castro Korgi

Línea de Investigación:

Síntomas clásicos - Síntomas contemporáneos en la clínica psicoanalítica actual

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura

Bogotá, Colombia

2021

A cada cual le corresponde la carga de tomar el camino que le es propio a fin de hallarse a proximidad, tanto del análisis como experiencia única entre un analizante y un analista, como del estudio de los textos fundadores del psicoanálisis.

Frédérique Berger.

Agradecimientos

A mis padres, Julio Riascos y Alicia Guerrero, a quienes adeudo la paciencia, el amor, compañía y apoyo, son inspiración y ejemplo, huella indeleble de persistencia y lucha que se queda conmigo. A mis hermanos Claudia y John Jairo, por ser fortaleza en tiempos aciagos, voz, consejo y escucha atenta; gracias por soportarme, sé que a veces no es fácil.

A mi esposa, Andrea Ramos, todas las batallas diarias encuentran razón y sentido al volver a ti, tu abrazo ha sido calma, tus ojos faros de otras posibilidades.

A los hermanos que me dio la vida, Víctor Buchelly y Jorge Muñoz, confidentes y cómplices de los sueños ambientados por acordes de guitarra. A Sebastián Valderrama y Huber Duque: a veces contamos con un poco de suerte, y encontramos buenos amigos para la vida; la capital siempre será un buen lugar al que regresar por su presencia.

A Sylvia De Castro, maestra paciente en mi largo aliento de escritura; su aporte fundamental en la trasmisión y enseñanza del saber psicoanalítico atraviesa el resultado que aquí presento. A la Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura, por abrirme sus puertas, y permitirme vivir algunos de mis años más significativos en la Universidad Nacional de Colombia. A los docentes de la Escuela, de quienes me llevo la chispa para seguir apostándole al psicoanálisis como camino posible y necesario. A Angélica Ávila, mis agradecimientos sinceros por su apoyo comprometido en el último tramo de este proceso.

Resumen

Históricamente, el encuentro fundante entre la histérica y Freud permitió el desarrollo del psicoanálisis sobre la base del descubrimiento del inconsciente. Por tanto, la relación del psicoanálisis y la histeria se sostiene como una constante orientadora de las reflexiones clínico-teóricas de los psicoanalistas a lo largo del tiempo. Justamente, este es el marco de la interrogación que comanda el presente trabajo, pues las condiciones en las cuales se presenta la histeria hoy configuran un terreno fértil para la lectura psicoanalítica, no solo por las formas sintomáticas que adopta, sino también por lo que esta representa para el lazo social, el Otro, el discurso científico y el psicoanálisis mismo. Tomando como brújula el síntoma histérico, el recorrido muestra su evolución como cuadro clínico y diagnóstico en el panorama médico-psiquiátrico hasta la actualidad, para identificar ahí las dificultades con que se encuentra el discurso médico por cuenta del desalojo de la teoría del inconsciente como paradigma explicativo. La *Bête Noire* de la medicina mantiene hoy su enigma, pese a las diferentes nominaciones que intentan capturarla a nivel de la diagnosis clínica. Ello también supone establecer un panorama del desarrollo de la histeria en el edificio teórico-clínico del psicoanálisis en diferentes momentos, de Freud a Lacan si se quiere, hasta llegar a las formulaciones que sostienen psicoanalistas contemporáneos. Finalmente, se presenta la histeria en su estatuto de discurso: tesis derivada de la proposición lacaniana y cuya aportación permite formalizarla en tanto lazo social trans- histórico y, por tanto, constante y resistente.

Palabras clave: Histeria, historia, síntoma, síntomas contemporáneos, psicoanálisis.

Abstract

Historically, the founding encounter between hysteria and Freud allowed the development of psychoanalysis, based on the discovery of the unconscious. Therefore, the relationship between psychoanalysis and hysteria is sustained as a constant guide for the clinical-theoretical reflections of psychoanalysts over time. Precisely, this is the framework of the questioning that this work commands, since the conditions in which hysteria occurs today is a fertile ground for psychoanalytic reading, not only because of the symptomatic forms it adopts, but also because of what it represents for the social bond, the Other, scientific discourse and psychoanalysis itself. Taking the hysterical symptom as a compass, the tour shows its evolution as a clinical and diagnostic picture, in the psychiatric medical panorama up to the present time, to identify there, the difficulties encountered by the medical discourse due to the eviction of the theory of the unconscious as explanatory paradigm; the Bête Noire of medicine, is held today enigmatic, despite the different nominations that try to capture it at the level of clinical diagnosis. This also means establishing a panorama of the development of hysteria in the theoretical-clinical building of psychoanalysis at different times; from Freud to Lacan if you will, up to the formulations that contemporary psychoanalysts hold about it. Finally, hysteria is presented in its discourse status: thesis derived from the Lacanian proposition and whose contribution allows it to be formalized as a transhistorical social bond and, therefore, constant and resistant.

Keywords: Hysteria, history, symptom, contemporary symptoms, psychoanalysis.

Contenido

Resumen	IX
Lista de figuras	XII
Sobre una pregunta atemporal	1
1. Capítulo 1 Histeria: evolución, destitución y fragmentación en el DSM	5
1.1 Diagnósis y síntoma en el DSM: dificultades de la conquista de un lenguaje universal.	6
1.2 La insistencia de “la bête noire” de la medicina.	13
2. Capítulo 2 La histeria y su síntoma: versiones y conversiones	23
2.1 De las versiones conceptuales de la histeria	25
2.2 Síntoma histérico: mensaje y formación sustitutiva, significante y goce	32
2.3 Síntoma, sinthome e histeria rígida	52
2.4 De la histeria rígida y otras producciones de sentido.	65
3. Capítulo 3 Histeria y discurso: sobre una insistencia hystórica	76
3.1 La <i>hystórica</i> y el discurso.....	77
3.2 La huelga del desmayo	89
4. Conclusiones	95
Bibliografía	99

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1.1 Actualidad de la histeria para el discurso médico-psiquiátrico	19
Figura 2.1 Síntoma conversivo: mensaje y significante	42
Figura 2.2 Síntoma histérico: satisfacción sustitutiva y goce	51
Figura 2.3 Representación del síntoma en el nudo borromeo	56
Figura 2.4 Representación de la función del sinthome en el nudo borromeo separado	60
Figura 2.5 Cadena borromea rígida	61
Figura 2.6 Síntesis conceptual sobre la histeria a partir del síntoma en psicoanálisis	75
Figura 3.1 Cuadrípodo del discurso y sus lugares	80
Figura 3.2 Discurso del amo	82
Figura 3.2 Discurso de la histérica	83
Figura 3.3 Funciones del discurso	85
Figura 3.4 Emplazamiento del deseo	85
Figura 4.1 Grafiti histeria historia	95

Sobre una pregunta atemporal

*¿Qué fue de las histéricas de antaño,
de aquellas maravillosas mujeres,
las Anna O, las Emmy von N?¹*

Jaques Lacan

En el marco de la teoría psicoanalítica, la histeria ocupa un acápite obligado como tema de estudio e indagación, pues fue clave para el descubrimiento freudiano, y es un elemento fundamental en la apuesta de Lacan por darle a la clínica freudiana el lugar de punto de partida. Ahora bien, la pregunta tomada como epígrafe no resulta novedosa tratándose de una investigación psicoanalítica; sin embargo, en cuanto al abordaje de la histeria, formularla nuevamente en función del tránsito del sujeto en la actualidad de la época y del discurso, aporta un escenario de reflexión en virtud de lo que se puede llamar historicidad del síntoma. En efecto, realizar un estudio sobre el síntoma histórico hace necesario situarlo históricamente: “La histérica fluctúa en la historia según los cambios que afectan al significante amo. Puesto que el partenaire de la histeria es un significante amo que cambia en la historia”². Lo anterior justifica, por tanto, otro cuestionamiento: “¿Qué sustituye actualmente a los síntomas históricos de otro tiempo?”³; este interrogante lacaniano propuesto como complemento a la pregunta que ha servido de obertura, resulta útil para subrayar un vínculo entre la histeria y la época desde donde se interroga por su lugar.

¹ Jacques Lacan, “Palabras Sobre La Histeria,” *Quarto (Suplemento Belga de La Lettre Mensuelle de l’École de La Cause Freudienne)* 2 (1978): p.17.

² Colette Soler, “‘La Histeria Histórica.’ Colette Soler (Entrevista Octubre 2015) | Tertulias Lacanianas - Ricardo Vergara/Editor,” accessed April 8, 2020, <http://tertuliaslacanianas.blogspot.com/2016/02/la-histeria-historica-colette-soler.html>.

³ Lacan, “Palabras Sobre La Histeria.” p.2

En el campo clínico existen trabajos que se han ocupado justamente de realizar un seguimiento al lugar que ha ocupado la histeria y a las variaciones que ha sufrido como categoría clínica, pasando de la adopción que hiciera la *American Psychiatric Association* (APA) de las explicaciones etiológicas freudianas sobre la sintomatología histérica, presentes en los manuales diagnósticos DSM I y II, hasta su desaparición en la tercera versión, hacia 1980. A partir de esta fecha se eliminó no solo la histeria como categoría diagnóstica, sino la teoría psicoanalítica como fuente explicativa del cuadro histérico⁴. Este hecho ha significado que los síntomas histéricos, ahora “clásicos”, aparezcan en la actualidad asociados a diferentes trastornos o alojados en la más variada serie de enfermedades -no psíquicas- pero tampoco con una explicación biológica comprobada. Un ejemplo emblemático en nuestro tiempo es la fibromialgia, una enfermedad crónica con síntomas generales asociados al dolor, con exagerada hipersensibilidad y sin tratamiento concreto conocido⁵. Dicha enfermedad es una suerte de paradigma del asunto, pues remite a la posibilidad de situarla bajo los postulados psicoanalíticos que frente a la histeria fueran planteados por Freud hace más de un siglo, aun si hubiera posibilidad de reconocer su particularidad. En el escenario de una psicopatología orientada a-teóricamente, como puede constatarse en los manuales diagnósticos actuales⁶ y siguiendo el breve ejemplo anteriormente planteado, en la similitud sintomática presente en cuadros clínicos actuales puede leerse una insistencia de la histeria como cuadro clínico específico, no obstante las nominaciones con las que se la sustituye⁷, nominaciones que resultan más convenientes al discurso predominante en la época para designar el malestar subjetivo.⁸

⁴ Miguel Enrique Carvajal, “Recorrido de La Teoría Freudiana Sobre La Histeria En La Psiquiatría Norteamericana.,” *Affectio Societatis* 10, no. 18 Junio (2013), <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/15615>.

⁵ Javier Ramos, “Fibromialgia: ¿La Histeria En El Capitalismo de Ficción?,” *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, no. 89 (2004): 115–28, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100008.

⁶ Carvajal, “Recorrido de La Teoría Freudiana Sobre La Histeria En La Psiquiatría Norteamericana.”

⁷ I. De la Mata, A. Lobo, “Industria Farmacéutica y Psiquiatría,” *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003, doi.org/10.4321/S0211-57352004000100008.

⁸ El marco que se busca señalar bajo el término conveniencia, no es otro que el del mercado farmacéutico que sostiene ciertas realidades e intereses que repercuten en la actualidad sobre el campo de la investigación, sobre el modelo de enfermedad mental, en la asistencia profesional necesaria en el campo de

En este sentido, el lugar específico para la histeria y su síntoma insisten y lo hacen en el campo de lo que sigue siendo enigmático para la medicina y la psiquiatría, por lo cual soportan una suerte de rechazo de la ciencia en relación con los elementos emergentes en el descubrimiento freudiano. Así, la vigencia de la histeria resulta un elemento difícilmente refutable, pues a pesar de los cambios y avances científicos que en el campo de la medicina y la psiquiatría se producen en el tiempo, el síntoma histérico y sus modalidades variopintas introducen un agujero en dicho saber.

Al examinar la relación que en el pasado se planteaba entre histeria y ciencia se encuentra que “si se introduce la figura del agujero en la ciencia, es porque a pesar de que la histeria era una de las “enfermedades” más comunes del siglo XIX asociada a las mujeres, la medicina no sabe cómo tratarla.”⁹. Puede argumentarse entonces que, en actualidad, la medicina y la psiquiatría sitúan a la antigua histeria bajo las condiciones de un discurso que ha diluido el componente histórico del sujeto del panorama del tratamiento, privilegiando la búsqueda de un diagnóstico actualizado que incluye las nominaciones que hoy componen el corpus clínico de los manuales de los trastornos mentales.

En este marco de la declinación del interés sobre la histeria como entidad clínica, a favor de nuevas nominaciones o categorías diagnósticas que han cambiado secuencialmente bajo las lógicas del discurso de la ciencia, en el campo de los psicoanalistas insiste la pregunta por el lugar de la histeria y su síntoma tal como se presenta en el discurso contemporáneo. Como una suerte de cuestionamiento atemporal¹⁰ abordado en el

la psiquiatría o la psicología y dentro del discurso social.

⁹ Herwin Eduardo Cardona, “El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica,” *Desde El Jardín de Freud: Revista de Psicoanálisis* 3986, no. 12 (2012): 293–310, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635406&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4635406>. p.294

¹⁰ El uso del adjetivo “*atemporal*” con relación al cuestionamiento que plantea la histeria como patología, se emplea en referencia a su devenir histórico; es decir, en tanto se ha sostenido como un interrogante a lo largo del tiempo sin que exista un consenso o una respuesta homogénea que dé cuenta de su naturaleza, manifestación o cura. Por supuesto, se han elaborado concepciones diferenciadas, y matizadas a lo largo de la historia, en relación con la naturaleza de la histeria, de su síntoma o sus posibilidades de curación, pero a pesar de ellas, se mantiene una interrogación, pues pese al saber existente sobre ella, el mismo parece insuficiente ante una histeria que se

psicoanálisis inicialmente por Freud, la pregunta en mención se formula no solo por sus posibilidades de actualización, sino porque también supone un ejercicio de análisis crítico de ciertas condiciones del discurso y del lazo social: “La reinención del psicoanálisis que impone la época conlleva necesariamente la reinterrogación de la histeria cofundadora de nuestra práctica”¹¹.

Esta reinterrogación sobre la histeria, de sus manifestaciones sintomáticas actuales y de sus consecuencias, no puede darse sin un retorno a elementos puntuales del abordaje freudiano del síntoma histérico en el marco del dispositivo inaugural de la práctica del psicoanálisis y del cimiento de las bases teóricas que fundamentan dicha práctica. Sin embargo, esta suerte de retrospectiva que se plantea como ejercicio investigativo no se circunscribe al campo de la revisión histórica de los orígenes y de la evolución de la histeria como patología, puesto que existe ya material nutrido y suficiente que ilustra dicho trayecto; se trata más bien de retomar la postura freudiana, que Lacan hace suya, con respecto del síntoma histérico y lo que esto aporta para la lectura de la manifestación sintomática de la histeria en nuestros tiempos, es decir, en términos de su actualidad.

reinventa con el paso del tiempo, pues como bien sostiene C. Soler (2013): “[...] las histéricas fluctúan en la historia. Así podemos hablar de las histéricas que no cuentan las mismas historias”; hecho que ha significado una continua revisión sobre los supuestos clínicos de abordaje de la histeria, en diferentes momentos históricos.

¹¹ Nieves Soria, “Reinventar El Psicoanálisis, Reinterrogar La Histeria,” *Desde El Jardín de Freud* 3986, no. 15 (2015): 49–63, <https://doi.org/10.15446/dfj.n15.50487>. p.49

1. Capítulo 1 Histeria: evolución, destitución y fragmentación en el DSM

La tradición kraepeliniana iniciada con el manual de psiquiatría establecido en 1899 y orientada por una de las principales labores científicas, la de la clasificación¹², inauguró en el campo de la psiquiatría lo que hasta el día de hoy continúa siendo una tarea caracterizada por polémicas y críticas que no han sido ajenas al psicoanálisis mismo, dada la historia y relación entre ambas disciplinas y sus respectivos campos de estudio. Esta tarea, vinculada a la nosografía y a la taxonomía de las enfermedades mentales, fue el campo en donde dicha relación se estrechó en una notable colaboración pues, en efecto, la referencia al psicoanálisis como teoría etiológica y explicativa de algunos de los padecimientos psíquicos está presente en las primeras dos versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM) orientadas por la APA entre 1952 y 1968¹³. Posteriormente, dicha relación se vio afectada por las controversias y diferencias que poco a poco fueron distanciando el campo de la psiquiatría orientada por el discurso científico, del psicoanálisis cuyas concepciones del sujeto, el inconsciente y el síntoma no encuentran lugar ni referencia en dicho discurso. La consecuencia de esta tensión -sin ser la única-, puede evidenciarse en la publicación de la tercera versión del DSM, el cual omitió de su nosología algunas categorías clínicas que compartiera con el psicoanálisis anteriormente, entre ellas la histeria.

En esta medida, vale la pena plantear una reflexión que parta del papel dominante, del auge y el uso de la nosología clasificatoria del DSM en sus versiones actuales en el

¹² N Braunstein, *Clasificar En Psiquiatría*, ed. Siglo XXI Editores, 1st ed. (Mexico, D.F.: Siglo veintiuno editores, 2013).

¹³ Carvajal, "Recorrido de La Teoría Freudiana Sobre La Histeria En La Psiquiatría Norteamericana."

campo de la salud mental, que permita discernir algunas consecuencias clínicas que pudieran extraerse de la desaparición de la histeria como categoría diagnóstica, para evidenciar desde ahí la insistencia del síntoma histórico en su versión actual.

1.1 Diagnóstico y síntoma en el DSM: dificultades de la conquista de un lenguaje universal.

Bien documentada, la historia del manual diagnóstico DSM muestra una variación dramática entre una versión y otra, sin embargo, sosteniendo como elementos y objetivos comunes la universalización de los criterios diagnósticos¹⁴ y la homogenización del lenguaje en el campo de la salud mental.¹⁵ Dichas variaciones se han visto influenciadas por los cambios de criterios teóricos, la inclusión de miradas contextuales y socio culturales sobre el trastorno mental y la radical eliminación de paradigmas que otrora explicaran ciertos padecimientos psíquicos, condenados también a la extinción con el paso del tiempo¹⁶. Fiel a este estilo de actualización, la última versión del Manual, publicada en 2013, presenta notorios cambios¹⁷ que han sido debatidos por una parte de

¹⁴ Mediante el uso de esta expresión se hace alusión al amplio espectro de disciplinas que el Manual abarca y en relación con las cuales se busca un lenguaje homogéneo (universal), pese a la diferencia epistémica o de origen de las mismas; así las cosas, en el manual se expresa: “Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud.” (Pierre Pichot, Juan J López-Ibor Aliño, and Manuel Valdés Miyar, “DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales,” 1995, <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>. p.17)

¹⁵ Este objetivo del manual diagnóstico se extrae de una de las premisas fundamentales establecidas en la justificación de su uso, por cuanto la tarea clasificatoria de los trastornos mentales conserva para sus autores, similares propósitos a los de la clasificación de los elementos en la tabla periódica para la ciencia química.

¹⁶ Carlos Alberto Uribe, “La Controversia Por La Cultura En El DSM-IV,” 2000, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n4/v29n4a03.pdf>.

¹⁷ Pichot, López-Ibor Aliño, and Valdés Miyar, “DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales.”

la comunidad científica al punto de cuestionar la continuidad del uso del DSM como principal referente clasificatorio de los trastornos mentales. En esta línea, la flexibilidad diagnóstica del actual DSM es un tópico preocupante en el horizonte del tratamiento:

En la mayoría de los diagnósticos en ambos DSM-IV-TR y DSM-5 (64% y 58.3% respectivamente), dos personas podrían recibir el mismo diagnóstico sin compartir ningún síntoma común. Estas categorías "disyuntivas" se han descrito como sin sentido científico. [...] ¹⁸

Puede deducirse de lo anterior, la existencia de implicaciones clínicas relativas al tratamiento del trastorno mental dado el peso que tiene el manual en el diagnóstico. La diagnosis errada supone la aplicación inadecuada de parámetros de tratamiento preestablecidos y el uso innecesario de medicación psicofarmacológica, con todas las consecuencias que esto puede comportar. Precisamente, a pesar de lo alarmante que ello puede resultar, desde tiempo atrás es posible evidenciar una tendencia a incluir como trastornos mentales situaciones, hechos, conductas o vivencias que hacen parte de la vida cotidiana, lo que permite entender que los problemas en el diagnóstico no son un elemento novedoso, pero esto no disminuye las consecuencias:

El abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante. [...] ¹⁹

¹⁸ Kate Allsopp et al., "Heterogeneity in Psychiatric Diagnostic Classification," *Psychiatry Research* 279, no. July (2019): 15–22, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>. p15

¹⁹ Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, and Marisol Cruz-Sáez, "Aportes y Limitaciones Del DSM-5 Desde La Psicología Clínica.," *Terapia Psicológica* 32 (2014): 65–74, <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>. p. 71

Pensando en las dificultades diagnósticas como resultado del uso del Manual, y en los efectos adversos de una diagnosis equivocada para los sujetos que acuden a consulta psicológica o psiquiátrica, se propone un especial cuidado para evitar lo que se conoce como *inflación diagnóstica*, es decir, la inclusión en un diagnóstico psiquiátrico de perturbaciones típicas o esperables en el transcurso de la vida²⁰; aun así, la posibilidad de establecer si el motivo de consulta por el cual un sujeto acude al servicio hospitalario o institucional, corresponde o no a un trastorno mental, depende en alta medida del profesional que atienda la demanda de servicio. Sin embargo, en el caso de la inflación diagnóstica sería injusto inclinar toda la responsabilidad sobre el profesional de salud mental, toda vez que es necesario anotar que, en nuestro contexto, el sistema de salud obliga a establecer en la historia clínica un diagnóstico codificado y orientado por el Manual, en un tiempo excesivamente corto, lo cual es poco favorable para la práctica clínica. En este sentido, la inflación diagnóstica condensa una serie de circunstancias y se incluye en un cuerpo de limitaciones y dificultades asociadas al uso del DSM en el campo de la psiquiatría y de la psicología.

La adopción del modelo biomédico que quedaría plasmada en el DSM III es un asunto que se vincula a las limitaciones que se vienen identificando actualmente y que fundamenta las consideraciones críticas de quienes plantean una reevaluación del modelo diagnóstico establecido por el Manual. La herencia de dicho modelo supuso equiparar la psiquiatría a otras especialidades médicas, por tanto, los padecimientos psíquicos se organizaron en adelante bajo la lógica de la clasificación por trastornos; algunas de las consecuencias desfavorables a este nivel se localizan en función de la incapacidad para diferenciar comportamientos “normales” de los que se consideran patológicos, la comorbilidad diagnóstica, la medicalización y la ya mencionada inflación diagnóstica²¹.

²⁰ Laura Bernal, “Un Análisis Ético Del DSM-5,” *Integritas: Revista de Ética* 2 (2018): 70–86, <https://doi.org/10.1097/00002093-198802020-00022>.

²¹ Omar García Zabaleta, “Los Problemas y Limitaciones Del DSM-5,” *Dilemata*, no. 27 (2018): 367–91.

Además, este nuevo modelo eliminó el uso del concepto de enfermedad mental del Manual, lo cual significó, de manera concomitante, dejar de lado la base etiológica del padecimiento, así como la reflexión sobre el curso, el pronóstico y los efectos del tratamiento, favoreciendo la adopción de nuevos parámetros diagnósticos o agrupaciones de síntomas bajo la categoría de trastorno que se actualizan constantemente²², de una versión del Manual a la siguiente, sin un apoyo empírico sólido²³. No obstante, si bien el discurso científico puede justificar el descubrimiento de nuevos trastornos de acuerdo con los avances en los campos médico-psiquiátrico y neurológico, y en los cambios en los modos de relación y las condiciones contextuales y sociales, es innegable la existencia de ambigüedades a nivel nosográfico. La actualización constante de trastornos en cada nueva versión del Manual es una cuestión que ha impedido la estabilidad de una agrupación de síntomas asociados a una única categoría diagnóstica²⁴.

Expuestas estas consideraciones respecto a la evolución del Manual, es importante resaltar uno de los elementos más notorios, asociados a las dificultades de su uso: el síntoma. Tanto los elementos de inflación diagnóstica y de comorbilidad, como el borroso

²² La conversión y cambios que prevalecen sobre los trastornos mentales en cada versión del DSM, también se consideran anómalos, puesto que obstaculizan la labor investigativa y práctica en el campo clínico: “ De acuerdo con la definición de Sydenham sobre el síndrome, una primera anomalía debe tenerse en cuenta: varias categorías de diagnóstico cambiaron sus criterios en diferentes ediciones del DSM y algunas de ellas fueron abolidas, fusionadas con otras condiciones o divididas en dos o más entidades. El Trastorno de Ansiedad Generalizado se introdujo por primera vez como un diagnóstico único en la tercera edición del DSM (DSM-III), pero se usó con mayor frecuencia como un diagnóstico residual para las personas que no cumplían con los criterios de diagnóstico para otro trastorno de ansiedad. Considerando la dificultad de discriminar entre TAG y otros trastornos, la definición de TAG y los síntomas asociados se revisaron sustancialmente en la próxima edición de DSM. (...) De hecho, cuatro de los seis síntomas físicos asociados al TAG (es decir, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, dificultades para dormir, rumia obsesiva, somatización) también forman parte de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor. Además, los síntomas necesarios para el diagnóstico de TAG también están presentes en otros trastornos de ansiedad, ya que es probable que existan solapamientos más cercanos entre el TAG y el trastorno de pánico o trastorno de ansiedad social.” (Faravelli, Castellini, Landi, & Brugnera, 2012, p.12-13)

²³ Echeburúa, Salaberría, and Cruz-Sáez, “Aportes y Limitaciones Del DSM-5 Desde La Psicología Clínica.”

²⁴ Faravelli et al., “Are Psychiatric Diagnoses an Obstacle for Research and Practice? Reliability, Validity and the Problem of Psychiatric Diagnoses. The Case of GAD.”

límite entre lo psicopatológico y lo normal, guardan una estrecha relación con el síntoma y la concepción que la visión biomédica ha construido de él.

Foucault (1953) propone que, bajo la óptica clínica en medicina, el síntoma ocupa el lugar de *objeto visible* en la tarea de la *observación clínica*, y da cuenta de la enfermedad en tanto que la representa. En esta línea, el síntoma puede ser entendido de dos formas que no son excluyentes entre sí: es tomado como un fenómeno opuesto al “estado de salud” de un individuo, es decir, que su emergencia es un significante de la enfermedad; a su vez, un grupo de síntomas relacionados de una manera particular, en función de sus diferencias, conexiones, lazos y evolución, componen una enfermedad²⁵. Sin embargo, esta comprensión del síntoma se encuentra alojada en la relación con el Otro de la mirada clínica, de donde surge un matiz: en tanto que esa mirada clínica es la que permite otorgarle un sentido en relación con un diagnóstico, y que este último se encuentra bajo lo que indica el saber del médico, guiado en parte por aquello que narrativamente informa el enfermo desde el registro de la consciencia, el síntoma se convierte en signo:

El síntoma se convierte por lo tanto en signo bajo una mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad, o la sucesión, y a la frecuencia. Operación espontáneamente diferencial, consagrada a la totalidad y a la memoria, calculadora también; acto que por consiguiente reúne, en un solo movimiento, el elemento y el vínculo de los elementos entre sí. [...] ²⁶

Siguiendo este planteamiento, Foucault (1953) menciona que, dado que la formación del método clínico se encuentra relacionada con la mirada clínica de la enfermedad como opuesta a un estado natural del individuo, el análisis que se hace de sus signos y síntomas va de la composición a la descomposición y la comparación para descubrir las posibles relaciones entre ellos; el propósito no es otro que restituir el estado natural (sanar) desde lo originario, en cuyo caso: “Entre signo y síntoma, hay una diferencia

²⁵ Michel Foucault, *El Nacimiento de La Clínica. Una Arqueología de La Mirada Médica.*, 20th ed. (Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores, 1953).

²⁶ Foucault. 136-137

decisiva que no adquiere su valor sino sobre el fondo de una identidad esencial: el signo es el síntoma mismo, pero en su verdad de origen"[...]”²⁷

Así las cosas, la reflexión foucaultiana en “El Nacimiento de la Clínica” (1953) permite entender que la mirada clínica efectúa una práctica que hace una lectura, tanto de síntomas y signos de la enfermedad, que no fuese posible en rigor sino a condición de ser analizados bajo la predominancia de la objetividad del saber médico y un lenguaje específico y estructurado; lo que en suma busca es la posibilidad de leer exhaustiva y claramente la enfermedad, al punto que el conocimiento de más alto nivel en un médico permite percibir todo síntoma como signo, de tal suerte que “todas las manifestaciones patológicas hablarían un lenguaje claro y ordenado. Se estaría por último al mismo nivel que esta forma serena y realizada del conocimiento científico [...], y que es “lengua bien hecha” [...]”²⁸

Coinciden entonces estas nociones sobre el síntoma, y los objetivos de universalidad del lenguaje en el campo de la medicina, con aquello a lo que aspira la clasificación en el DSM a partir de su tercera versión, aun si, en vista de las investigaciones y datos aquí recogidos, no logra constituir una “*lengua bien hecha*”. A pesar de que esta concepción biomédica del síntoma en el campo de la psiquiatría y la psicología sea compatible con las estipulaciones científicas, en tanto que es susceptible de observación, medición y cuantificación, el conocimiento reunido y categorizado en el Manual, pareciera no ser suficiente al momento de intentar conquistar un lenguaje unificado en cuanto a los trastornos mentales. Quizá por ello, y dadas las controversias abiertas por investigadores que, rigurosamente y valiéndose del mismo método científico cuestionan su uso, se reconoce la necesidad de que el proceso de evaluación psiquiátrica o psicológica de un sujeto, y el diagnóstico que de él se extraiga, debe ir más allá de la etiqueta y situar su pregunta del lado del por qué el sujeto que consulta presenta dicha diagnosis²⁹.

²⁷ Foucault.137

²⁸ Foucault. 137-138

²⁹ Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, and Marisol Cruz-Sáez, “Aportaciones y Limitaciones Del DSM-5 Desde La Psicología Clínica,” *Terapia Psicológica* 32, no. 1 (2014): 65–74, <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>.

En suma, cada versión del DSM ha modificado las relaciones entre síntomas y validado nuevas en función del consenso de expertos³⁰, lo que produce, con cada edición, nuevos parámetros diagnósticos y por tanto nuevas patologías. Aun así, la advertencia de dificultades en su uso, lo que escapa al saber consensuado y al planteamiento biomédico, evidencia que no todo en la psiquiatría, en tanto trabaja con sujetos hablantes, es susceptible de nombrarse: “No se trata ya de dar con qué reconocer la enfermedad, sino restituir, al nivel de las palabras, una historia que cubre su ser total.”³¹. Hay pues, toda una historia que no encuentra lugar en la lógica de clasificación del Manual, y que por ser diferente para cada sujeto que consulta, interroga profundamente el diagnóstico que apela únicamente a la existencia de nomenclaturas y etiquetas que agrupan una serie de signos patológicos; la historia del sujeto, que no cuenta para este tipo de diagnosis es, posiblemente, lo que alejaría aún más la posibilidad de universalizar un lenguaje frente al malestar psíquico.

Si bien esta reflexión indica aquello que queda por fuera del sistema clasificatorio y diagnóstico en el DSM, ausente de la lógica que guía la construcción de este Manual, la misma no debe asumirse como una crítica al esfuerzo clasificatorio a nivel general en las ciencias *psi*, sino a esta forma particular de clasificación que constituye el DSM y sus consecuencias. Esta aclaración, es precisa puesto que, por ejemplo, el psicoanálisis cuenta también con una forma de “*clasificación de las enfermedades psíquicas*” que le es propia, y que se sostiene en el contexto de la teoría clínica del psicoanálisis; ello no significa que se desconozca que, tanto Freud como Lacan, partieron de la nosología

³⁰ Este es otro criterio altamente cuestionado, pues el consenso de expertos no es equiparable a la evidencia científica (Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014), hecho que resulta contradictorio (dados los resultados de las investigaciones que reflexionan sobre la validez diagnóstica del manual), puesto que quienes ocupan el lugar de expertos, son justamente, científicos.

³¹ Foucault, *El Nacimiento de La Clínica. Una Arqueología de La Mirada Médica*. p.138

psiquiátrica, para luego construir marcos explicativos y elementos teóricos propios de dicha nosografía³².

1.2 La insistencia de “la bête noire” de la medicina.

Se han expuesto hasta aquí algunas consideraciones y consecuencias sobre la variabilidad diagnóstica entre cada versión del DSM, la orientación o modelo que justifica dichos cambios, el conocimiento que aportan para la reflexión y el abordaje médico científico del síntoma en el campo de la salud mental. Lo anterior sitúa parte del contexto y la lógica bajo los cuales se justificó la erradicación del Manual de categorías clínicas como la neurosis, y con ella, una de sus modalidades más propia: la histeria.

Si bien la eventual destitución de esta categoría del Manual significó su fragmentación a favor de nuevas nominaciones o clasificaciones y nuevas formas de tratamiento³³, no fue el producto de una simple posición asumida por los psiquiatras o expertos que ordenaron el Manual. El origen norteamericano del mismo permite pensar en términos históricos, ya que muestran como en principio el psicoanálisis fue acogido con entusiasmo para, una vez sometido a la crítica, merecer resistencias e, incluso, modificaciones una vez su difusión lo hizo posible.

De hecho, los norteamericanos recibieron triunfalmente el psicoanálisis por lo que no era una terapia de la felicidad, y lo rechazaron sesenta años después porque no había cumplido la promesa que no podía cumplir. [...] ³⁴

³² Colette Soler, *La Querrela de Los Diagnósticos*, ed. Leandro. Salgado and Pablo. Pleusner, 1st ed. (Buenos Aires, Argentina: Letra Viva, 2009), <https://vdocuments.mx/download/la-querrela-de-los-diagnosticos-colette-soler>.

³³ Carvajal, “Recorrido de La Teoría Freudiana Sobre La Histeria En La Psiquiatría Norteamericana.”

³⁴ Elisabeth Roudinesco, *Freud: En Su Tiempo y En El Nuestro* (Debate, 2014). p.117

En tanto que el psicoanálisis como teoría y práctica se veía cuestionado en términos de su eficacia terapéutica, en el caso particular de la histeria se daría toda una cadena de producciones científicas y críticas que, encargadas de su estudio, llevaron a su división e, incluso, a su destitución como enfermedad merecedora del interés psiquiátrico o científico. Carvajal (2013) reconoce algunos puntos álgidos del debate científico entre 1958 y 1978, que fueran parte de la argumentación como base justificatoria para retornar incluso al aspecto simulador endilgado a la histeria en tanto padecimiento. Entre dichos puntos se resaltan los siguientes: a) la división del cuadro histórico, haciendo énfasis en el uso del término histeria asociado a una característica de la personalidad, que en adelante se sugiere llamar “histriónico” por considerarse más adecuado y menos peyorativo; y por otro lado, tomando el síntoma conversivo ahora como “reacción conversiva”; b) la discusión sobre la desaparición de la histeria como fenómeno psiquiátrico, justificada en críticas a la teoría psicoanalítica en términos de su explicación del síntoma histérico, validadas mediante la comparación eminentemente biologicista, por ejemplo, entre el desarrollo sexual infantil descrito por Freud, y la ausencia de un paralelo del mismo fenómeno ¡en el reino animal!³⁵; c) la inclinación al uso de concepciones apartadas de la teoría psicoanalítica para abordar la histeria, prefiriendo la división entre la personalidad histérica y el síntoma conversivo, siendo este último de presencia exclusiva en las mujeres; d) finalmente, la declaración manifiesta en el artículo de Hyler, S. y Spitzer, R. en 1978 que lleva por título *“La histeria se partió en dos”* que da por finalizada la discusión teórica sobre el fenómeno histérico, y la orientación para mantener el interés en sus manifestaciones somáticas, por parte del equipo nomenclador del DSM-III hacia 1978.

Queda en evidencia que la inclinación al uso hegemónico del discurso científico en el campo de la psiquiatría en esta época capitalizaría el interés de aquellas teorías que se ajustasen de mejor manera al terreno de la ciencia en términos de observación y medición en cuanto al objeto de estudio, y de validez y eficacia en cuanto a los tratamientos aplicados. Se sabe bien que el psicoanálisis establece un estatuto

³⁵ Carvajal (2013) sostiene que, al no existir un paralelo de la sexualidad infantil en el reino animal, se da por descartada la teoría freudiana; como un punto de consideración netamente biologicista y que también fue determinante para abolir el uso de la categoría Histeria en las posteriores versiones del Manual.

epistémico independiente de dichas consideraciones, lo que lo hacía inconveniente o, más bien, representaba un desajuste para el modelo biomédico.

Ahora bien, el interés sobre las manifestaciones somáticas extraídas del antiguo cuadro histérico, y que ocuparían en adelante el lugar de agregado al cuerpo de síntomas que conforman un trastorno, se explica en razón de su posibilidad de ubicación, descripción puntual e, incluso, medición; es decir, así es un objeto asimilable a la mirada médica que ahora podía tratarlo, solo en la medida de su relación con otros fenómenos patológicos.

En este sentido, desde la óptica biomédica dominante en el campo psiquiátrico, alrededor de la cual también se ordena el debate clínico en psicología, la histeria parece hoy un “objeto de museo”, una entidad clínica que da cuenta de su existencia en apenas algunos vestigios ligados a la nominación actual de la sintomatología correspondiente a diferentes trastornos, y al uso despectivo que se cierne sobre algunos pacientes tildados de histéricos. Sin embargo, este no es un hecho aislado o novedoso; en diferentes momentos en la historia, dados los cambios del soporte epistémico de la taxonomía de la enfermedad mental, el cambio de paradigmas y enfoques, así como los debates neurológicos y psiquiátricos respecto de la nominación diagnóstica, la histeria fue de aquí para allá sin que existiera un consenso respecto del padecimiento o se la pudiera rescatar médicamente del lugar de enfermedad simulada.

Así, por ejemplo, Casarotti Berrutti (2006) menciona que las consideraciones del neurólogo Jhosep Babinski, fundamentadas en la dicotomía órgano-psique, establecieron que, si bien existe una afectación psíquica en el cuadro histérico, al no tener correspondencia orgánica, sus síntomas no debían ser considerados como enfermedad tratable por la neurología, en cambio sí por la psiquiatría, la que a su vez ya venía cuestionando fuertemente a la histeria como fenómeno patológico.

Por supuesto que la histeria siguió siendo estudiada por los psiquiatras como un tipo de enfermedad mental, y encarada por los psicoanalistas en la relación transferencial, que es el espacio relacional donde sus manifestaciones pueden ser analizadas y “liquidadas”. Pero en los hechos la posición que dominó y domina la perspectiva médica de la histeria es la del “pitiatismo” de Babinski. Desde comienzos del siglo XX, las diferentes generaciones de médicos han considerado siempre que las manifestaciones histéricas

son “pitiáticas”, es decir, imaginarias, “generadas por sugestión y curables por persuasión”. En el fondo los médicos, al igual que los legos en psiquiatría, participan de hecho de la afirmación de Babinski, cuando decía que si bien los histéricos no son simuladores porque son enfermos... son “*demi-simulateurs*”³⁶.

En el artículo de este autor se destacan algunos puntos fundamentales sobre la histeria en la evolución del pensamiento médico–psiquiátrico, desglosados en momentos históricos específicos que aportan una reflexión temporal sólida y permiten avanzar en el conocimiento de las formas contemporáneas de abordaje clínico del padecimiento, dado el recorrido preciso en el que se articulan conceptualmente elementos como la enfermedad y la salud mental, la enfermedad neurológica y el discernimiento sobre la relación cuerpo-mente. Este recorrido pasa por el reconocimiento que hiciera la psiquiatría frente a una carencia conceptual persistente en la comprensión de la histeria como enfermedad mental, lo que significó un trabajo orientado por la resolución del problema del diagnóstico, teniendo como horizonte la recuperación del mismo. Sin embargo, el esfuerzo, en coincidencia con los objetivos del DSM III, optó únicamente por la precisión técnica y la validación para establecer constructos clínicos científicamente consensuados; esto incluyó la evaluación diagnóstica teniendo en cuenta variables biológicas, variables genéticas, variables evolutivas, estilos de personalidad, variables epidemiológicas y respuestas al tratamiento.

Casarotti ubica como consecuencias de este movimiento conceptual llevado a cabo en los años 70, la distinción entre manifestaciones conversivas y disociativas, la necesidad de validación empírica para la precisión frente a lo conversivo y la agrupación de síntomas físicos no objetivos bajo la categoría de trastornos somatomorfos. Adicionalmente, sugiere que los pasos asumidos por la psiquiatría en materia diagnóstica para la histeria resultaron positivos por cuanto la expresión de los síntomas pasó a ser considerada como parte de una enfermedad real. Estos hechos abrieron lugar a una consideración clínica moderna de la enfermedad en el campo de la psiquiatría, ajena a las anteriores consideraciones en relación con los cuadros simuladores y en favor de su reorganización, fragmentación y clasificación sintomática agrupada en diferentes

³⁶ Humberto Casarotti, “La Realidad de La Histeria En La Evolución de La Psiquiatría.,” *Rev Psiquiatr Urug* 70, no. 2 (2006): 109–17. p.132

trastornos. Estas nociones diagnósticas, en relación con la clasificación de la histeria, prevalecerán en las versiones más actualizadas del DSM.

La resolución del problema médico-psiquiátrico en torno al diagnóstico de la histeria consistió entonces en extraer de ella las particularidades del síntoma que se ajustaban mejor a la *soberanía de la mirada* que plantea Foucault (1953), como condición necesaria para ser tratada bajo los parámetros médicos específicos de una enfermedad, como cualquier otra. Adicionalmente, este rasgo visible del síntoma puede ser capturado en la dimensión descriptiva a nivel del habla, componente elemental para entender el *ser de la enfermedad*³⁷. Se puede decir además que, en este orden, es la primacía de la consciencia la que orienta tanto la descripción del enfermo, capturado en su representación hablada de lo que le ocurre, como la evaluación ejecutada por la observación clínica del médico, dado que los signos del padecimiento son escrutados en función de frecuencia, simultaneidad, diferencia y sucesión, configurando la “verdad” inmediata del síntoma³⁸. En este sentido, el paso a esta comprensión del padecimiento histérico elimina la opacidad derivada de los matices subjetivos, históricos e inconscientes del síntoma que se resaltan en la explicación psicoanalítica del fenómeno histérico, pero al mismo tiempo esto significará una dificultad que la medicina no puede resolver:

La patología histérica, *travistiéndose* en manifestaciones somáticas, hace que el médico aplique un tipo de razonamiento que por definición está destinado a no funcionar. Estos pacientes evidencian la necesidad absoluta de la semiología psiquiátrica, porque si esta es obviada, entonces el paciente es estudiado como “el paciente orgánico” que no es, lo que hace fracasar lo esperable en una relación médico-paciente [...] ³⁹

³⁷ Aquí la referencia al ser no corresponde específicamente al ser del sujeto en tanto existencia, sino al ser de la enfermedad, en tanto su correspondencia a la serie de condiciones que la producen y cómo un individuo puede describirlas a través de las palabras, y enunciar ahí su verdad (Foucault, 1953)

³⁸ Michel Foucault, *El Nacimiento de La Clínica*, 1953.

³⁹ Casarotti, “La Realidad de La Histeria En La Evolución de La Psiquiatría.” p.115

Aun así, y pese a que la psiquiatría sería la encargada del tratamiento valiéndose del desarrollo semiológico con el que cuenta, resulta paradójico el hecho de que se reconozca un desajuste psíquico en los trastornos que incluyen síntomas histéricos, aun si sus métodos de tratamiento, emparentados con el saber técnico y la producción de medicamentos, se extiendan en fórmulas que parecen buscar la cura de una lesión orgánica: parecería que la psiquiatría se ve obligada a reconocer el trastorno psíquico en la histeria (o lo que su discurso logra capturar de ella), siendo esto una insistencia de lo enigmático de este padecimiento para el discurso médico-psiquiátrico. Lo anterior se fundamenta en la predominancia de las hipótesis orgánico-dinamistas sobre la psicopatología en las cuales la enfermedad mental guarda un desajuste mórbido de tipo orgánico sobre el que se desarrolla el desajuste mental⁴⁰. En este campo, la psicofarmacología será una herramienta fundamental y complementaria, para el tratamiento de los trastornos abordados por la psiquiatría y ‘nomenclados’ en el DSM⁴¹.

[...] la psiquiatría actual está inmersa en un pluralismo teórico y epistemológico que ha desterrado a la psicopatología como forma de entender o interpretar el síntoma. Esta doble condición de pluralismo teórico y un uso a veces inadecuado de la farmacoterapia condicionan nuestra práctica clínica. [...] ⁴²

Hasta este punto se corrobora entonces la existencia de una clasificación aceptada y consensuada, útil y validada para las comunidades médico-psiquiátricas sobre la sintomatología de la histeria y, al mismo tiempo, de tratamientos apoyados en estudios científicos que justifican el uso de prescripciones psicofarmacológicas; por tanto, y en relación con las consideraciones de la revisión realizada sobre estos aspectos, se abre el siguiente interrogante acerca de lo que se puede llamar *manifestaciones sintomáticas actuales de la histeria*: ¿Qué es lo “actual” de los síntomas histéricos bajo la perspectiva diagnóstica y la lectura de la medicina y la psiquiatría? La clasificación de los síntomas y su agrupación por trastornos, si bien ha sufrido algunas modificaciones desde su

⁴⁰ Mauricio Toledo and Ramiro Almada, “Paradigmas Psiquiátricos y Psicofarmacología. ¿Relevancia Del Órgano-Dinamismo de Henry Ey?,” *Conocimiento y Sociedad* 8, no. 2 (n.d.): 258–81.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.* p.259

aparición en 1980 en el DSM III, no muestra cambios significativos en sus versiones más actualizadas; esto significa que no hay nuevos descubrimientos sobre síntomas o nuevas manifestaciones relativas a los padecimientos clasificados en los manuales relacionados con el ahora *antiguo*, cuadro histórico, para estas perspectivas clínicas.



Figura 1.1 Esquema de la conceptualización de los trastornos psiquiátricos históricamente clasificados como histeria, y psicopatología fenomenológicamente relacionada⁴³.

En este esquema, North (2015) resume lo que podría considerarse el estado actual de la sintomatología relacionada con la histeria en la nomenclatura médico psiquiátrica. Sin embargo, y más allá de eso, lo que podría decirse es que son actuales y constantes las dificultades y consecuencias a nivel diagnóstico, clínico y de tratamiento, como resultado de la disección de la histeria; lo anterior se explica a partir de las superposiciones fenomenológicas que persisten en la diagnosis de los diferentes trastornos en los cuales fue dividida:

Se han descrito en otros lugares, notables solapamientos de características clínicas entre pacientes con síndromes disociativos, somatomorfos, de conversión y de personalidad límite. Los pacientes con estos trastornos, han sido descritos de manera diversa: tienen en común una preponderancia femenina; una multiplicidad de quejas de síntomas; curso crónico de la enfermedad; descripciones vagas, circunstanciales, imprecisas y exageradas

⁴³ Carol S. North, "The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations," *Behavioral Sciences* 5, no. 4 (2015): 496–517, <https://doi.org/10.3390/bs5040496>. p.510

de sus síntomas; estilo dramático de presentación; sugestionables e hipnotizables; síntomas voluminosos y de muchos tipos; comorbilidades extensas; presentaciones de síntomas psicóticos; inestabilidad emocional y dificultades con la regulación de afecto; impulsividad; ideas e intentos suicidas; perturbación de identidad marcada y persistente; relaciones personales intensas y volátiles; historias matrimoniales tormentosas; antecedentes familiares caóticos; e historias de abandono y abuso infantil.[...]44

No obstante, y pese a la persistencia de las dificultades para el tratamiento y la comorbilidad, existe una marcada resistencia por ampliar los marcos de comprensión sobre estos trastornos⁴⁵, incluso cuando la superposición fenomenológica se extiende a otros trastornos más extremos, como la esquizofrenia.⁴⁶ Bajo estos preceptos, por tanto, puede decirse que no hay una “actualización” de los síntomas histéricos asociados a los diferentes trastornos formulados desde 1980; más bien lo que existe es una actualización en el sentido de la condensación de signos que conviene intercambiar, incluir o sustituir para el trabajo diagnóstico, lo cual no deja de suscitar controversias y discusiones científicas.

Ahora bien, esta condición particular en la que la comprensión de un fenómeno patológico pareciera congelarse en lugar de poner de presente novedosos aportes en el campo de la psiquiatría, ya había sido señalada por Lacan hacia 1967 en *“Breve discurso a los psiquiatras”* en el que comenta, refiriéndose al campo de las psicosis, que después de treinta años no ha surgido ningún descubrimiento en relación con el paciente psicótico. Reconoce, sí, la inclusión de algunos cuadros con cierto tipo de sintomatología; no obstante, estas indagaciones perdían interés o fuerza con el paso del tiempo:

[...] todo eso ha sido siempre extraordinariamente fugaz, al cabo de dos o tres años nadie habla más del pequeño síndrome que tal o cual ha descrito, y nos quedamos con la bella

⁴⁴ Ibid.p.508

⁴⁵ Estas posiciones no han estado por fuera de la crítica: North (2015) sostiene que Bowman calificó como una “vergüenza científica” para la psiquiatría norteamericana la separación que se hiciera del cuadro histérico en trastornos de conversión, disociación y somatomorfos. Dicha afirmación se sostiene en una extensa revisión empírica sobre las dificultades de tratamiento y la alta comorbilidad existente entre estos diagnósticos.

⁴⁶ Ibid.

herencia del siglo XIX que está ahí, constituida, integral, ¿no es cierto? Evidentemente se ha añadido un poco a lo [que se había dibujado, no hablemos de los grandes nombres franceses] que no pronunciaré más, para hablar de otro... se han añadido algunos detalles, algunos retoques, pero en el conjunto... en fin, ellos son ¿qué? ¿los últimos, los últimos complementos, constituidos técnicamente, que yo llamo descubrimientos, especificación de tal entidad clínica? [...] ⁴⁷

Lacan señala también la distancia entre el psiquiatra y su objeto de estudio que, para el caso del escrito en mención, es el loco. Distancia que de manera crítica evalúa en función de aquello que no se pone en juego desde la perspectiva del psiquiatra, a saber, la cuestión del sujeto, del lenguaje y del inconsciente; de esta disertación concluye que estos son los elementos que constituyen fundamentalmente un avance novedoso del lado del psicoanálisis.

Se puede decir que las consecuencias de elidir el psicoanálisis con respecto a la clínica psiquiátrica no es algo sin consecuencias; en primer lugar, quedó por fuera la novedad freudiana del abordaje del síntoma y la lectura que a partir de él pudo establecer respecto de la histeria como padecimiento clínico, sin mencionar el lugar que le corresponde a la historización del sujeto en el tratamiento.

Si pensamos que el DSM III es el emblema del triunfo del positivismo inserto en la tarea de la clasificación de la enfermedad mental, entonces se ve justificada la lectura de Lacan en tanto que, a partir de entonces, es el sujeto de la ciencia el que se encuentra en el centro del debate y, por tanto, solo aquello que entra en el campo de lo medible es susceptible de consideración clínica, mientras que lo que escapa a estas nociones es simplemente desestimado. Lo notable de este tipo de aspiración científica es que la lectura exigida de la patología para ser considerada como tal se limita principalmente a la visibilidad objetiva del síntoma, en tanto que su escenario es el cuerpo y su mal funcionamiento, pese a la indicación de los efectos de lo psíquico sobre el cuerpo orgánico, digamos mejor, real.

⁴⁷ Jacques Lacan, "Breve Discurso a Los Psiquiatras," *E-Diciones de La École Lacanienne de Psychanalyse, Inédito, Traducción y Notas de Ricardo E. Rodríguez Ponte*, 1967, 1–34, <http://e-diciones-elp.net/images/secciones/novedades/L-67-11-10.pdf>. p.8

El valor que aporta el psicoanálisis a la lectura de la histeria desde Freud, no se encuentra únicamente en el campo psicopatológico, sino que está inscrito en condiciones particulares que exceden la óptica médica, y que tienen que ver con las prácticas culturales y las exigencias que las mismas incluyen. Podemos destacar entonces que, si bien existen consideraciones que en el marco del discurso científico se encuentran bien justificadas para elegir solo el aspecto visible del síntoma con el cual realizar un proceso clasificatorio médico psiquiátrico universal, el proyecto psicoanalítico incluyó una diferenciación epistémica frente a la consideración del síntoma (como mensaje cifrado, o como tratamiento de goce) y una correspondencia entre el síntoma y las exigencias del Otro en la cultura.

Lo anterior indica que, pese a los esfuerzos, avances y discusiones científicas, la insistencia de la histeria, tanto en aquel momento histórico de la evolución de la clasificación médico-psiquiátrica como en nuestros tiempos, continúa planteando interrogantes al saber que se construye en la medicina y, en particular, en la neurología y la psiquiatría.

2. Capítulo 2 La histeria y su síntoma: versiones y conversiones.⁴⁸

El capítulo anterior presentó el lugar que ocupó la histeria y su evolución en el debate médico psiquiátrico hasta la actualidad, así como su resultado: la destitución de la histeria como cuadro clínico complejo, y la aparición subsecuente de trastornos que ahora agrupan el componente sintomático visible de la histeria y algunas “características de personalidad” ligadas a él. ¿Por qué entonces resulta importante continuar desarrollando un debate en torno a una categoría clínica cuya historia reciente muestra que no se reconoce más en las ciencias *psi* ni en la diagnosis impuesta por los manuales hegemónicos? Pues bien, quizá, por un lado, porque resulta ser una tarea heredada de Freud a los psicoanalistas, en la medida en que la psiquiatría fue su interlocutora en varios momentos y, por otro, para señalar ciertas limitaciones de la perspectiva psiquiátrica en la actualidad y la potencia del psicoanálisis para considerar y tratar los padecimientos *del alma*, no obstante, la resistencia de la psiquiatría frente al psicoanálisis⁴⁹. Bajo esta orientación metodológica -por llamarla de alguna manera-, se interrogó qué era lo actual de la histeria en relación con el abordaje médico-psiquiátrico y

⁴⁸ El término “versiones” se usa a propósito de la reflexión de Mazzuca (2004) sobre la existencia de diferentes versiones conceptuales sobre la histeria en la teoría psicoanalítica, en distintos momentos de la obra tanto de Freud como de Lacan. El término conversión se usa en el sentido propuesto por Soler (2009) desde su propia acepción, que no corresponde enteramente al campo de la clínica psicoanalítica de la histeria, toda vez que su significado también remite a un cambio, mutación o transformación, de tal forma que es una palabra útil para resaltar los cambios a nivel de intelección de la histeria a lo largo de la historia y, también, su modulación sintomática, de acuerdo con las condiciones del discurso y la cultura.

⁴⁹ Sigmund. Freud, “16a Conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría” in *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (III)*. *Obras Completas Vol. XVI*, ed. Amorrortu Editores (Amorrortu editores, n.d.), 223–34. p.230

lo que de ello puede evidenciarse en la evolución de dicha patología en las distintas versiones del DSM.

Ahora bien, para el presente apartado la pregunta se desliza al campo del psicoanálisis dado el lugar que ocupó la histeria en el pensamiento freudiano, es decir, para la invención del psicoanálisis: *¿Qué dice hoy el psicoanálisis sobre la histérica y su síntoma?* Este cuestionamiento será abordado, en principio, a partir de investigaciones y publicaciones recientes de psicoanalistas que han dedicado su trabajo a la reflexión sobre lo sintomático de la histeria bajo las condiciones actuales de la cultura. Este sesgo sobre lo sintomático, que se incluye en la interrogación que inspira la construcción de este capítulo, resulta siempre un terreno fértil para la discusión, toda vez que constituye un elemento que se actualiza en función de los cambios que se producen a nivel del discurso en el tiempo; lo anterior, siguiendo el comentario de Soler según el cual: “los síntomas cambian según el contexto del discurso, son históricos”⁵⁰.

Sin embargo, este camino de reflexión también tiene en cuenta el riesgo del extravío que puede producirse en el sentido de un análisis orientado hacia la categoría de los *nuevos síntomas, síntomas actuales o síntomas contemporáneos*⁵¹, bajo el cual podría considerarse que la histeria ha desaparecido en tanto que su manifestación sintomática, fenomenológica, no corresponde a lo que se encuentra en los historiales clínicos de Freud. Lógicamente, acordamos con el hecho de que hoy son poco frecuentes las manifestaciones sintomáticas de las pacientes histéricas de la época de Freud, pero ello no debe conducir a una reflexión sobre el síntoma orientada únicamente por sus manifestaciones, como si se tratara de un producto social cambiante, en “[...] la

⁵⁰ Soler, *La Querrela de Los Diagnósticos*. p.12

⁵¹ Sobre el interés constante del que *gozan* los síntomas contemporáneos por parte de los psicoanalistas, Soler (2009) señalará, que el mismo se debe a la resistencia y rebeldía ante la transferencia y el análisis presentes en estas manifestaciones sintomáticas que *obsequia el capitalismo*. Advierte, sin embargo, que es curiosa esta atención de los psicoanalistas sobre la categoría de *nuevos síntomas*, aludiendo a la nula referencia de Lacan sobre ellos, debido a la condición de historicidad del síntoma por él subrayada; retoma para ampliar esta reflexión la construcción lacaniana del neologismo *Hystorie*, en donde se vincula a la histeria con la historia, “[...] indicando así que la estructura de la histeria está obrando en la historicidad.” p.15

perspectiva de los “síntomas sociales”, en el sentido banal de que la sociedad produciría síntomas tanto como los virus... [...]”⁵².

Entonces, el capítulo busca reflexionar y posicionar la actualidad del debate psicoanalítico en torno a la histeria y su síntoma, más allá del componente fenomenológico del mismo.

2.1 De las versiones conceptuales de la histeria

A diferencia de lo que ocurre en otras disciplinas que abordan los padecimientos psíquicos (medicina, psiquiatría, neurología, psicología), para el psicoanálisis la categoría clínica de la histeria aún mantiene su vigencia, no únicamente porque éste último como disciplina cuente con una nosología propia, sino también por el particular vínculo que se le reconoce teóricamente a la *histeria* con la *historia*. Como se viene discutiendo, este vínculo y la característica de historicidad del síntoma, permite la emergencia de matices diferenciados en los análisis o reflexiones que producen los psicoanalistas, dependiendo del momento histórico en el que se los realice. Estos análisis acuden al soporte teórico que se encuentra en las versiones que teóricamente existen sobre la histeria tanto en Freud como Lacan. Como podrá verse, el movimiento constante y dinámico de las reflexiones psicoanalíticas sobre la histeria es una característica identificable y rastreable en el tiempo, y señalarlo de manera breve⁵³ será el primer paso en el camino de resolución de la pregunta que orienta este capítulo.

⁵² Sylvia De Castro Korgi, “Síntoma y discurso: las enseñanzas de “La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna,” *Universitas Psychologica* 11, no. 2 (2012): 631–44, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000200024. p. 633

⁵³ Se entiende que la evolución, desarrollo conceptual y teórico sobre la histeria en la teoría psicoanalítica son un asunto de largo alcance en las obras de Freud y Lacan, y pueden en sí mismos constituir un trabajo investigativo; sin embargo, al ser un camino transitado de manera reiterada y rigurosa por diversos autores, investigadores y psicoanalistas, para este capítulo se recogen de manera sintética algunos de los abordajes significativos de dichos trabajos, los que resultan útiles para responder a la pregunta que orienta este capítulo que, a su vez, busca darle un matiz propio para el análisis que plantea en relación con un tema de alta trascendencia para el psicoanálisis.

La existencia de versiones conceptuales en el campo propio de la teoría psicoanalítica no es un hecho que describa únicamente la evolución teórica de esta categoría clínica, sino una modalidad que permite, a su vez, distinguir las proposiciones teóricas de Freud y las elaboraciones que Lacan realizará más adelante⁵⁴, así como sus consecuencias a nivel de la clínica psicoanalítica. El trabajo del psicoanalista R. Mazzuca, cuya investigación versa sobre esta distinción, permite situar momentos específicos de la caracterización de la histeria en la obra de Freud, de acuerdo con sus investigaciones y descubrimientos teórico-clínicos; veamos:

1. Como una modalidad de *mecanismo de defensa, la conversión*⁵⁵, en tanto concepto, supone la emergencia de la primera caracterización freudiana de la histeria. La conversión se mantendrá como un elemento clave para el diagnóstico de la histeria y se verá enriquecida por las elaboraciones teóricas posteriores a lo expuesto en los textos "*Las neuropsicosis de defensa*" (1894) y "*Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*" (1896).
2. A nivel etiológico, la histeria se caracteriza por la particularidad de la vivencia traumática infantil, en cuyo caso la posición frente al trauma sexual es experimentada de manera pasiva y displacentera.
3. Se discriminan dos indicaciones clínicas importantes adicionales relativas a la histeria en Freud: en primer lugar, la referencia al asco como expresión sintomática de la defensa ante la sexualidad y, en segundo lugar, la identificación con el otro, como un mecanismo clave en la formación de los síntomas histéricos.

⁵⁴ Roberto Mazzuca et al., "Versiones Psicoanalíticas de La Histeria," *Anu. Investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires*, 2008, 73–80, <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a39.pdf>.

⁵⁵ Se retoma, para ampliar con exactitud este tema, lo expuesto por Freud en 1894, momento en que aparece por primera vez el concepto de conversión, y que se mantendrá en adelante: "La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo, o más laxo, con la vivencia traumática. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero, a cambio, ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico" que habita la conciencia al modo de un parásito, sea como una inervación motriz irresoluble o como una sensación alucinatoria que de continuo retorna, y que permanecerá ahí hasta que sobrevenga una conversión en la dirección inversa [...]" p.51.

Ya establecidos estos puntos de referencia sobre la histeria en el abordaje freudiano, Mazzuca sostiene:

Lacan, en su movimiento de retorno a Freud, vuelve a colocar la histeria en un primer plano, desplazándola del lugar secundario en el que la ubicó la escuela inglesa (y hasta cierto punto también otras orientaciones psicoanalíticas), y propone una conceptualización muy diferente respecto de la del padre del psicoanálisis. Sin duda, retoma algunas de sus indicaciones, pero aun en estos casos su perspectiva difiere sensiblemente. [...] ⁵⁶

En este sentido el autor propone una caracterización de la histeria en la obra de Lacan partiendo de la siguiente consideración: los elementos teóricos distintivos con respecto a la formulación de Freud se organizan fuera del predominio del registro psicopatológico, “haciendo de la histeria una modalidad de la subjetividad y una forma de discurso” ⁵⁷. En este sentido, la conceptualización de la versión lacaniana de la histeria se establece en diferentes momentos en su obra, que no se sustituyen unos a otros, sino que deben considerarse -según el autor- como una red compleja de relaciones conceptuales. En esta propuesta se encuentra entonces:

1. La fragmentación corporal, como noción conceptual que vendrá a sustituir el concepto de conversión planteada por Freud. Esta noción se desarrolla en función de las elaboraciones relacionadas con la operación simbólica del lenguaje sobre el cuerpo.
2. La identificación viril, siendo esta una noción que parte de la propuesta lacaniana que aborda las neurosis a partir de una pregunta que, en el caso de la histeria, se formula sobre la cuestión del sexo. Así las cosas, la falla estructural que identifica Lacan se encuentra del lado de la ausencia de un significante que permita la identificación simbólica con la mujer, hecho que impide el acceso a la feminidad por medio de la identificación con un significante. El recurso de la identificación viril a nivel imaginario aparece como respuesta ante la carencia simbólica anteriormente señalada, asunto que el autor sintetiza así: “el sujeto histérico se las tiene que rebuscar en el eje

⁵⁶ Mazzuca et al., “Versiones Psicoanalíticas de La Histeria.” p. 75

⁵⁷ Ibid. p.79

imaginario para compensar esa falla identificatoria que dé respuesta a qué es ser una mujer [...]"⁵⁸

3. El deseo insatisfecho como una modalidad de la estructura del deseo en la histeria. Esto, señala el autor, resulta en una doble condición de insatisfacción del deseo para la histérica: por un lado, porque el deseo constitutivamente se encuentra insatisfecho dado que, a diferencia de la demanda, no remite a un objeto, sino al deseo, esto es, en la fórmula de Lacan, deseo de deseo; y por otro lado, puesto que al rehusarse a responder a la demanda del Otro, la histérica se crea un deseo insatisfecho que le permite no quedar capturada por dicha demanda y, a su vez, "insatisfacer" al Otro, de tal forma que su deseo se sostenga.
4. Las identificaciones en la histeria, que Lacan distinguirá de manera precisa a partir del análisis del sueño freudiano de la "bella carnicera", y que son tres: a) la identificación histérica, correspondiente al mecanismo descrito por Freud, que se da a partir de la relación libidinal que se establece con el objeto de identificación, en este caso, la amiga de la "bella carnicera", que es asimilada en la relación como rival. b) La segunda forma de identificación corresponde a la identificación viril. c) La tercera identificación freudiana, así llamada por Lacan, se establece en función de la identificación a través del síntoma, que no requiere una relación preliminar con el objeto, sino el reconocimiento en el otro de un mismo deseo.
5. El discurso de la histeria, en el que el saber está en el lugar de la producción. Esta elaboración de Lacan, que corresponde al Seminario 17, tiene que ver con los matémas correspondientes a los 4 discursos. Uno de ellos, el discurso de la histeria, conduce al Otro a la producción de un saber. Esta operación, según la cual el sujeto (\$, en el lugar del agente) se dirige al Amo (S1, en el lugar del otro) para que produzca un saber particular (S2, en el lugar de la producción), saber sobre el goce, sobre el goce sexuado, sobre la feminidad, de donde adviene como verdad el plus de goce (a en el lugar de la verdad), que es causa y sostén de su deseo, permite la emergencia del deseo de saber en el hombre:

"Pero si se trata de su discurso y este discurso es lo que hace que haya un hombre animado por el deseo de saber [...] Lo que la histérica quiere, en el límite, que se sepa, es

⁵⁸ Ibid. p.77

que el lenguaje no alcanza a dar la amplitud de lo que ella, como mujer, puede desplegar con respecto al goce. Pero lo que le importa a la histérica no es esto. Lo que le importa, es que el otro que se llama hombre sepa en qué objeto precioso se convierte ella en este contexto de discurso. [...] ⁵⁹

6. El goce de la privación, que el autor retoma del análisis que hará Lacan de la histeria respecto al goce, según el cual la histérica queda caracterizada por una sustracción del goce sexual que, si bien no existe, ella supone como absoluto y, por tanto, se sustrae como objeto de goce, garantizando así su propio goce privativo y gozando a su vez al ser objeto causa de la insatisfacción del Otro.
7. El amor al padre. Esta elaboración, que el autor ubica en el último periodo de la enseñanza de Lacan, en el que la histeria se caracteriza por una relación con un padre idealizado al que ama pese a su potencia o fractura⁶⁰, aporta una definición topológica de la estructura histérica “sostenida en su forma de garrote por una armadura, distinta de su consciente, y que es su amor por su padre. [...]”⁶¹

⁵⁹ Jacques Lacan, *Lacan, Jacques II. El amo y la histérica. El Seminario de Jacques Lacan : Libro 17 : El Reverso Del Psicoanálisis 1969-1970.*, 2008. p.35

⁶⁰ Este no es un tema que sea novedoso o que se haya introducido a manera de hallazgo a la altura del seminario 24 de Lacan entre 1976 y 1977, ya que existen referencias anteriores en donde se señala esta condición de impotencia del padre, la identificación de la histérica con él, y el amor como soporte y correlato de esta serie. En este sentido, por ejemplo, se encuentra la siguiente referencia del Seminario 3, en donde Lacan, estableciendo las condiciones de la interrogación por lo femenino en la histeria, afirma: “[...] Cuando su pregunta cobra forma bajo el aspecto de la histeria, le es muy fácil a la mujer hacerla por la vía más corta, a saber, la identificación al padre.[...]” (Jacques Lacan, *La pregunta histérica (II) ¿Qué es una mujer?. El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3, Las Psicosis*, 2009. p.254). Más adelante, hacia su siguiente seminario, en el comentario que hace sobre el caso Dora, destacará la cuestión de la impotencia paterna de la siguiente manera: “[...] Dora es una histérica, es decir, alguien que ha alcanzado la crisis edípica y que, al mismo tiempo, ha podido y no ha podido franquearla. Hay una razón para ello -es que su padre...es impotente. Toda la observación descansa en la noción central de la impotencia del padre [...]” (Jacques Lacan, *Dora y la Joven Homosexual. El Seminario de Jacques Lacan. Libro 4, La Relación de Objeto*, ed. Paidós, 7th ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós, n.d., doi:10.1017/CBO9781107415324.004. p.141). Así las cosas, las conceptualizaciones sobre la histeria no se superponen o rechazan, avanzan y se complejizan a lo largo de su obra.

⁶¹ Jacques Lacan, “Seminario Libro 24 Lo no sabido que sabe de una-equivocación se ampara en la Morra,” 1977. p 10

Dispuestas así estas versiones conceptuales sobre la histeria -que aquí se presentan a manera de síntesis-, pese a que no se despliega todo el contenido y alcance teórico de cada una, aportan no solo una visión general de la histeria en las obras de Freud y, sobre todo, de Lacan, sino que condensan una serie de referencias que se encuentran presentes en otros estudios⁶² relativos a la evolución de la histeria como categoría clínica en el pensamiento psicoanalítico. Ahora bien, la importancia de señalar estas versiones radica en sus implicaciones a la hora de abordar la histeria en su versión actual, puesto que permiten la construcción de reflexiones diferenciadas que, por ejemplo, a partir del último periodo de enseñanza de Lacan, giran en torno a categorías que pueden constituir el estado de la cuestión más actualizado sobre la pregunta que plantea este apartado.

Entre estas proposiciones *actuales*, o reflexiones actualizadas, se encuentran dos que capturan la atención, puesto que establecen planteamientos derivados de las consideraciones nodales del pensamiento lacaniano que operan una forma novedosa de aproximación a la histeria y a su síntoma: *la histeria rígida* y *las histerias sin nombre del padre* son categorías que emergen en trabajos de orientación psicoanalítica lacaniana relativamente recientes y que comportan, según algunas fuentes, nuevas entidades clínicas⁶³.

Hay que decir, en principio, que estas conceptualizaciones no se extravían en la perspectiva fenomenológica del síntoma, o en la línea de las lecturas sobre los síntomas contemporáneos; parece estar claro para ellas que algo de la manifestación sintomática cambia a propósito de las posiciones discursivas del Otro y por sus repercusiones en el lazo social y en los seres hablantes. Si bien la conversión actualmente no es la característica sintomática esencial en la histeria, ello no indica, en ningún caso, que este

⁶² Véase: Lucía Amoruso, Mariano Bruno, "Breve Revisión de La Primera Conceptualización Freudiana Sobre La Histeria," *Perspectivas En Psicología* 7, no. 1 (2010): 45–52.; Romina Galiussi, Claudio Godoy, "La Histeria: Tipo Clínico y Estructura," accessed July 30, 2020, <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369147944050.pdf>.; María Soledad et al., "Una Aproximación a La Conceptualización de La Histeria En Su Relación Con La Posición Sexuada , Desde La Perspectiva Del Psicoanálisis.," *Acta Académica*, 2014, 150–53.; Claudio Godoy, "Histeria, Historia e Inconsciente.," *Acta Académica*, 2007, 128–30.; Claudio Godoy, "La Histeria Histórica," *Acta Académica*, 2006.; Carlos Cruz and Mariela Rodríguez, "La Histeria Clásica y Moderna: Una Visión Sinóptica Parte II Diagnóstico," (2017): 248–57.

⁶³ José Vidal, "Histeria Rígida, ¿una Nueva Categoría Clínica?," accessed May 5, 2020, <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio->.

hecho signifique la disolución de la histeria como padecimiento o como entidad clínica, o que, en todo caso, ha cambiado para ser otra cosa:

[...] la conversión histérica no es más que el caso paradigmático del hablar con el cuerpo, la conversión no es lo propio de la histeria. Oímos decir a los clínicos “pero, hay conversiones en las fobias, las obsesiones” ¡Claro que sí, por supuesto! En todos los hablanteseres (*pârlètres*) se encuentran las conversiones, por definición del hablar. Ello explicaría que ya no podamos sostener con Freud, como hacía muy al principio, que la aptitud para la conversión es el paradigma de la histeria. No. Y si queremos definir lo que es un sujeto histérico, no lo vamos a hacer por la conversión, porque lo primero que se ha descubierto con la conversión va tan lejos que abarca el cuerpo del hablante.⁶⁴

Esto permite pensar que el valor clínico de la conversión se sostiene en psicoanálisis más allá de su carácter de paradigma de la histeria clásica puesto que enseña el efecto de lo simbólico en el cuerpo y como éste, a su vez, habla. No obstante, no se trata de desechar el valor de la conversión como síntoma de la histeria; es más bien una indicación sobre lo que constituye el fondo del síntoma para la histeria y para el psicoanálisis, es decir que el síntoma no se restringe a su presentación o manifestación fenoménica.

Esta es una indicación que quizá se sobreentienda, pero en la cual vale la pena profundizar, pues este “más allá” nos lleva al terreno de las dimensiones del síntoma en psicoanálisis: es decir, a sus “coordenadas cartesianas”⁶⁵ que se manifiestan en el eje del mensaje y en el eje de goce. Es válido interrogar, en este punto, el valor que tiene este tema para el posterior desarrollo conceptual de las formulaciones actuales sobre la *histeria rígida* y la *histeria sin nombre del padre*; como anotación inicial y provocación, puede decirse que dichas proposiciones se sostienen conceptualmente en relación con la dimensión real del síntoma, y que es en relación con ello que es posible formalizar estas versiones de la histeria.

⁶⁴ Colette Soler, *La histeria, su lengua, sus dialectos y sus vínculos.*, ed. Matilde Pelegrí and Montserrat Pera, 1st ed. (Barcelona: Publidisa, 2003). p.21

⁶⁵ Jacques-Alain Miller, “Reflexiones Sobre La Envoltura Formal Del Sintoma,” n.d. 11

2.2 Síntoma histérico: mensaje y formación sustitutiva, significativa y goce

No es una coincidencia que el síntoma sea el camino elegido para abordar las consideraciones actuales sobre la histeria en psicoanálisis: sabemos que fue la vía del síntoma histérico la que orientó a Freud desde el inicio⁶⁶. También sabemos que el desarrollo teórico sobre el síntoma, excede el abordaje del padecimiento histérico, lo cual es posible ubicar en las “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, de las que se pueden extraer dos enseñanzas importantes que, a su vez, muestran dos formas de concebir el síntoma en psicoanálisis: una en relación con el sentido, y otra diferenciada en tanto formación sustitutiva⁶⁷. Desarrollar cada una permitirá -como veremos-, comprender de formas diferentes la histeria misma, articulando a ellas las dimensiones significativa y de goce aportadas por el pensamiento de J. Lacan.

⁶⁶ En efecto, Freud no tardó en tomar como objeto de su interés dicha disarmonía funcional en el cuerpo, uno de los textos llamados “pre-psicoanalíticos” lo demuestra; en él, Freud se encarga de exponer los síntomas de un paciente que ha sido diagnosticado con histeria masculina. El texto desarrolla de una manera exhaustiva las consecuencias corporales de la hemianestesia del paciente, sobrevinida a causa de una discusión fuerte con su hermano y una acusación por una dama de la ciudad. (véase, Sigmund. Freud, “Observación de Un Caso Severo de Hemianestesia En Un Varón Histérico,” en *Publicaciones Prepsicoanalíticas y Manuscritos Inéditos. Obras Completas. Vol I*, vol. 1, 1886, 23–36.) Si bien sus consideraciones en este punto no llegan aún a la formulación de la conversión, no deja de llamar la atención la cuidada descripción de las experiencias de la vida del paciente que, de manera concomitante, aparecen con la descripción de los síntomas somáticos. En “Histeria” de 1888, Freud irá más allá, al establecer que los síntomas físicos estarían en relación con perturbaciones de orden psíquico: “[...] Junto a los síntomas físicos de la histeria cabe anotar una serie de perturbaciones psíquicas, en las que ciertamente algún día se descubrirán las alteraciones características de esta enfermedad, pero cuyo análisis apenas ha sido abordado hasta ahora. Se trata de alteraciones en el curso y en la asociación de representaciones, de inhibiciones de la actividad voluntaria, de acentuación y sofocación de sentimientos, etc., que se resumirían, en general, como unas modificaciones en la distribución normal, sobre el sistema nervioso, de las magnitudes de excitación estables. [...]”: p.54. (Véase Sigmund. Freud, “Histeria,” in *Publicaciones Prepsicoanalíticas y Manuscritos Inéditos. Obras Completas. Vol I*, 1888, 71–95.) Estas referencias ilustran el germen de ideas sobre el síntoma que posteriormente se formalizarán como hallazgos y que vendrán a hacer parte de la construcción del edificio teórico del psicoanálisis.

⁶⁷ Es necesario aclarar que estas no son las únicas consideraciones que Freud realizaría a lo largo de su obra: “Dijo que era un símbolo mnémico del trauma, un cumplimiento de deseo, la realización de una fantasía, una satisfacción sustitutiva, una forma de protección contra la angustia y también, una formación de compromiso.” (véase: Marcela Negro, “Función Del Síntoma En La Estructura Psíquica,” 2009, 1–8.) Sin embargo, teniendo en cuenta la pregunta que orienta este capítulo, se tomarán como punto de partida, los elementos establecidos en sus conferencias sobre el síntoma hacia el año 1913.

En este sentido, será justamente el fenómeno conversivo la excusa para desarrollar lo concerniente al “eje del mensaje” del síntoma, o aquel que se relaciona al sentido. Esto resulta pertinente, dada la importancia inaugural de la relación síntoma-cuerpo, analizada por Freud en la presentación del cuadro histérico. Vale aclarar que dicha relación - síntoma y cuerpo- existe no precisamente desde que Freud interviniera en la escucha de dicho padecimiento; históricamente la histeria se ha manifestado como una afección del cuerpo⁶⁸, como una perturbación del funcionamiento “armónico” del cuerpo, siendo por tanto su síntoma una “disarmonía”⁶⁹ difícil de asir. Fue la virtud de la escucha freudiana la que permitió concebir el síntoma corporal como representación de un conflicto psíquico del sujeto; dicho de otro modo, un conflicto que toma como escenario el cuerpo para manifestarse, de ahí que el síntoma tenga un valor de mensaje:

La histeria habla pues del cuerpo en términos de cuerpo ya que el síntoma que se descifra es una perturbación corporal cuando se trata de conversiones histéricas. [...] la tesis del síntoma que habla, en términos de cuerpo, es freudiana y casi explícita en esos términos.⁷⁰

Esta posibilidad de identificar en el síntoma un mensaje no se produce gracias a un esfuerzo interpretativo ingenuo o al azar: es un hallazgo que se extrae de la investigación de Freud, a partir de la descripción meticulosa del complejo proceso psíquico⁷¹ de

⁶⁸ Colette Soler, “La Histeria, Su Lengua, Sus Dialectos.,” 2003, 1–23.

⁶⁹ Miller, “Reflexiones Sobre La Envoltura Formal Del Sintoma.” p.11

⁷⁰ Soler, “La Histeria, Su Lengua, Sus Dialectos.” p.11-12

⁷¹ Freud va a establecer de manera detallada el funcionamiento psíquico comprometido en la conversión: “La tarea que el yo defensor se impone, tratar como «*non arrivée*» {«no acontecida»} la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr *convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; *empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo.* [...]” (véase, Sigmund. Freud, “Las Neuropsicosis de Defensa,” in *Obras Completas. Volumen III*, ed. Amorrortu (Amorrortu editores, 1894), 41–68. P.50)

encriptación de dicho mensaje en el síntoma histérico. En ese sentido, en la histeria: “[...]el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer {umsetzen} a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*.”⁷².

Y es que justamente, fue de la conversión en tanto manifestación de un padecimiento, de donde Freud supo extraer un saber fundamental, tal como quedó expuesto en la “Comunicación preliminar”, dando cuenta del funcionamiento psíquico de la histeria, lo que permitiría vincular el síntoma no solo con el cuerpo sino con el campo de la palabra. A partir de entonces se conoce que la represión de una vivencia traumática, o más bien la representación inconsciente de esta última, será el “cuerpo extraño” cuya eficacia vinculada asociativamente con un síntoma corporal se ubicará como causa y determinante para la aparición de un cuadro histérico, y más allá, que esto permitió hacer inteligible el mecanismo psíquico de la represión⁷³ y el particular retorno de lo reprimido a nivel del cuerpo como síntoma histérico.

Se entiende entonces que la lectura freudiana del síntoma histérico se encuentra desde el inicio permeada por la búsqueda de su sentido, y si bien ello no está planteado de esta manera desde los primeros escritos relacionados con la histeria, en ellos se encuentra la evidencia de un esfuerzo de traducción a partir de la observación del efecto curativo de la confesión o declaración de la experiencia traumática:

⁷² Ibid. p.Freud.50

⁷³ Es significativo rescatar las palabras de Freud respecto al mecanismo de la represión, puesto que permite ampliar el panorama de los elementos teóricos que se construyen alrededor del síntoma y la histeria: “El mecanismo de la represión sólo nos es asequible cuando podemos inferirlo retrospectivamente desde los resultados de ella. Si circunscribimos la observación a los resultados que afectan a la parte del representante, constituida por la representación, advertimos que la represión crea, por regla general, una formación sustitutiva. Ahora bien, ¿cuál es el mecanismo de una formación sustitutiva de esa índole, o hay que distinguir también aquí varios mecanismos? Sabemos también que la represión deja síntomas como secuela. ¿Haremos coincidir formación sustitutiva y formación de síntoma? Y si esto puede aceptarse globalmente, ¿se superponen el mecanismo de la formación de síntoma y el de la represión? Por ahora parece verosímil que ambos divergen, que no es la represión misma la que crea formaciones sustitutivas y síntomas, sino que estos últimos, en cuanto indicios de un retorno de lo reprimido, deben su génesis a procesos por completo diversos [...]” (Véase, Sigmund. Freud, “La Represión,” en *Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (Tomo XIV)* (Ammortortu editores, 1915. 148-149)

Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que *los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto*. Un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz; el decurso del proceso psíquico originario tiene que ser repetido con la mayor viveza posible, puesto en *status nascendi* y luego «declarado» {«*Aussprechen*»}. [...] ⁷⁴

Este hecho, sostenido en la búsqueda de la causa del síntoma, indica que lo que este representa: más allá de una afección orgánica, es un cuerpo que sufre las consecuencias de la acción defensiva del yo frente a una experiencia inconciliable de carácter sexual, vivida dolorosa o traumáticamente; hay una representación en el síntoma, inexplicable por la vía de la lesión orgánica, cuyo sentido es igualmente opaco a la luz de la conciencia del sujeto, -o mejor aún, le es inconsciente-; no obstante, es susceptible de resolverse por vía del lenguaje, es decir, gracias a una “cura por la conversación” o “*talking cure*” ⁷⁵. Sin embargo, Freud es claro al establecer que no todas las representaciones penosas son susceptibles de elevarse a la categoría de trauma psíquico y causar síntomas; en el caso de Elizabeth Von R., por ejemplo, la evocación de acontecimientos penosos vividos por la paciente resultó infructuosa y en principio no significó ninguna mejoría, el efecto fue contrario y la enfermedad empeoró. Aun así, el caso le permitió una constatación que anticipa la formulación del aparato psíquico de la primera tópica, pues Freud indica que será en estratos más profundos de la conciencia donde habiten los recuerdos causales que determinan los síntomas, y que estos estarían emparentados con un conflicto “interno” de la paciente ⁷⁶.

⁷⁴ Sigmund. Freud, *Estudios Sobre La Histeria (1893-1895)*, 1893, <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/15 - Tomo XV.pdf>. p.32

⁷⁵ Freud. “Estudios sobre la Histeria” p.55

⁷⁶ Por el contraste entre la beatitud que se había permitido entonces y la miseria en medio de la cual halló a su padre en casa quedaba planteado un conflicto, un caso de inconciliabilidad. Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida {esforzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era, pues, el mecanismo de una conversión con el fin de la defensa (Freud. “Estudios sobre la histeria” 161-162).

Será la vía asociativa de las representaciones de vivencias de la paciente la que le permitirá llegar a los elementos causales del padecimiento y, con ello conducir a la emergencia del sentido necesario para disipar la opacidad de los síntomas. Veamos: Freud advierte que los síntomas de dolor en las piernas aparecían durante el tratamiento mientras la paciente le hablaba sobre ciertos hechos puntuales de su historia. Esto, según Freud, se debía a la emergencia de la resistencia en la paciente, despertada por la asociación de un contenido inconciliable, con los hechos narrados. La insistencia en la “confesión”, llevaría a la disminución de la resistencia y así se revelaría la causa de los dolores de Elizabeth, a saber, un sentimiento amoroso por su cuñado, moralmente rechazado y posteriormente reprimido por la paciente, sin embargo, representado por un pensamiento que adviene después de la muerte de su hermana: *“Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa”*. Ello no solo revelaría la determinación y el sentido del síntoma, sino los movimientos psíquicos comprometidos en el cuadro histórico:

El empeño del analista era recompensado abundantemente: la idea de la «defensa» frente a una representación inconciliable; de la génesis de síntomas histéricos por conversión de una excitación psíquica a lo corporal; de la formación de un grupo psíquico separado por el acto de voluntad que lleva a la defensa: todo eso me fue puesto en aquel momento ante los ojos de un modo visible⁷⁷.

Si bien en principio el objetivo terapéutico de Freud se centra en la desaparición de los síntomas histéricos, también advierte que dicho objetivo no se conseguiría sin un plus de sentido, lo que significa que la supresión de un síntoma ocurre en tanto que sea develado para el paciente el sentido inconsciente del mismo, de donde la función del analista sería la del traductor del contenido oculto tras las manifestaciones patológicas. En efecto, Freud dirá que solo el psicoanálisis ha sabido “comprobar que el síntoma es rico en sentido y que se entrama con el vivenciar del enfermo”⁷⁸. Riqueza de sentido que ha de

⁷⁷ Freud. “Estudios sobre la histeria” p.171

⁷⁸ Sigmund. Freud, “17a Conferencia: El Sentido de Los Síntomas,” in *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III)*. *Obras Completas Vol. XVI*, 1913, 235–49. p.235

señalar igualmente para los actos fallidos y lo sueños, lo que le permitirá decir que obedecen por igual a las leyes de funcionamiento del inconsciente: condensación y desplazamiento⁷⁹. El síntoma entonces, como formación del inconsciente, guarda estrecha relación con los modos de trabajo que rigen este sistema y es definido como: “un sustituto de algo que fue estorbado por la represión.”⁸⁰ Esto último, indica que el síntoma se encuentra más allá de lo que un sujeto logra capturar en su decir consciente sobre su propio padecimiento. En este sentido, el síntoma histérico muestra que, lejos de hacer parte de un estatuto generalizable de una enfermedad, corresponde más bien, a la experiencia singular de un sujeto.

Sin embargo, Freud se muestra cauteloso frente lo que ha logrado articular en torno al significado del síntoma, y si bien plantea la existencia de síntomas típicos, que se corresponden con cada tipo clínico (asco en la histeria, duda en la obsesión) advierte que dichos síntomas pueden o no corresponder con un cuadro patológico, toda vez que es necesario el esclarecimiento histórico del síntoma:

Sólo hemos dado un primer paso hacia la comprensión del significado del síntoma. Pero queremos atenernos a lo ganado y avanzar poco a poco hasta dominar lo que aún no comprendemos. Por eso quiero consolarlos con esta reflexión: es difícil suponer una diversidad fundamental entre una y otra clase de síntomas. Si los síntomas individuales dependen de manera tan innegable del vivenciar del enfermo, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remonten a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres.⁸¹

Síntoma e historia del sujeto serán, por tanto, elementos que se encuentran vinculados, de tal suerte que lo sintomatológico de hechos comunes al vivenciar (asco o duda), adquieren su valor patológico, en tanto sea el sujeto quien efectivamente los viva como

⁷⁹ Sigmund. Freud, “19a Conferencia: Resistencia y Represión.,” in *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III). Obras Completas Vol. XVI*, 1915, 262–76.

⁸⁰ Freud. “19a Conferencia: Resistencia y Represión”: p.272

⁸¹ Freud, “17a Conferencia: El Sentido de Los Síntomas.” p.248

un malestar⁸², el mismo que posteriormente se descubre asociado a hechos particulares de su existencia, mediante el esclarecimiento histórico que se produce en el análisis. Al mismo tiempo, algunos psicoanalistas contemporáneos consideran esta indicación de Freud sobre los síntomas típicos como “posiciones fantasmáticas fundamentales”⁸³ las cuales tienen un papel en la *dirección de la cura*. Así entonces, es por la vía de la conversión histérica que Freud captura el sentido de los síntomas, un sentido inconsciente puesto en relación con la sexualidad de los sujetos⁸⁴.

Lacan logra articular la dimensión significativa al sentido del síntoma freudiano, hecho que se sostiene en virtud de su definición de lo inconsciente estructurado como un lenguaje. La interpretación del síntoma mediante la descriptación hablada es la llave de una significación histórica ligada a la sexualidad de los sujetos, que en la “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma” (1975) sobresale:

Si Freud aportó algo es eso. Que los síntomas tienen un sentido y que solo se interpretan correctamente -correctamente quiere decir que el sujeto deja caer alguno de sus cabos- en función de sus primeras experiencias, a saber, en la medida en que encuentro lo que hoy llamaré la realidad sexual.⁸⁵

⁸² Quizá esta consideración se sostenga de mejor manera si se atiende a la siguiente definición aportada por Freud a propósito del síntoma: “[...]Los síntomas —nos ocupamos aquí, desde luego, de síntomas psíquicos (o psicógenos) y de enfermedades psíquicas— son actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos. Si la formación de síntomas es extensa, estos dos costos pueden traer como consecuencia un extraordinario empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica disponible y, por tanto, su parálisis para todas las tareas importantes de la vida.” (Véase, Sigmund Freud, “23a. Conferencia. Los Caminos de La Formación de Síntoma,” en *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III)*. *Obras Completas Vol. XVI*, 1913, 326–43. p.326.)

⁸³ Luciano Lutereau, *Histeria y Obsesión*, 3rd ed. (Buenos Aires, Argentina: Letra Viva, 2016). p.21

⁸⁴ “También me interesaba mostrar que la sexualidad no interviene meramente como un deus ex machina que se presentaría de improviso en algún punto de la trama de procesos característicos de la histeria, sino que presta la fuerza impulsora para cada síntoma singular y para cada exteriorización singular de un síntoma. Los fenómenos patológicos son, dicho llanamente, la práctica sexual de los enfermos. (véase, Freud, “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. p.100)

⁸⁵ Jacques Lacan, “Conferencia En Ginebra Sobre El Síntoma,” in *Intervenciones y Textos 2*, 1st ed. (Manantial, 2010), 144. p. 126

En las líneas del sentido desconocido conscientemente, se encuentra entonces el saber inconsciente, el mismo que, en tanto resolución al enigma corporal de la conversión en el cuerpo histérico, devela una verdad conflictiva, chocante y contradictoria para las construcciones racionales de las cuales es subsidiario el yo. Esto es lo que Lacan va a nombrar como “*reforma del sujeto*” en el sentido de una recusación a la postura científica que el postulado freudiano interroga a partir de su descubrimiento -el inconsciente-, pero que existe incluso antes, como una falta de saber, que retorna como verdad distorsionada a través del síntoma⁸⁶ y que turba no solo el orden de normalidad de la vida del sujeto sino al discurso científico mismo, como en efecto hace la histeria.

En esta misma dirección, Lacan va a oponer su lectura del síntoma en relación con el significante, frente a la concepción del síntoma como signo:

A diferencia del signo, del humo que no va sin fuego, fuego que aquél indica con un llamado eventualmente a apagarlo, el síntoma no se interpreta sino en el orden del significante. El significante no tiene sentido sino en su relación con otro significante. Es en esta articulación donde reside la verdad del síntoma. El síntoma conservaba una borrosidad por representar alguna irrupción de verdad. De hecho, es verdad, por estar hecho de la misma pasta de que está hecha ella, si asentamos materialistamente que la verdad es lo que se instaura en la cadena significante.⁸⁷

Así las cosas, el postulado lacaniano amplía la dimensión del sentido del síntoma y enseña su estructura significante; si para Freud el significado del síntoma es reprimido, para Lacan el sentido es metafórico⁸⁸, lo que ubica al síntoma en la cadena significante en tanto que efectúa una sustitución simbólica, la misma que aparece en el decir de un sujeto en análisis. La noción del sentido del síntoma, tomada ahora en la lógica del

⁸⁶ Jacques Lacan, "De un sujeto por fin cuestionado" *Escritos 1*, 2nd ed. (Madrid, España: Siglo XXI, 2009).

⁸⁷ *Ibid.* p.227

⁸⁸ Jacques Lacan, Las estructuras freudianas del espíritu. El familiar. *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5, Las Formaciones Del Inconsciente* (Paidós, n.d.).

lenguaje, es expuesta en “Función y campo de la palabra” de la siguiente manera: “[...]queda ya del todo claro que el síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser librada.”⁸⁹ Esta palabra librada, será dotada de sentido, sentido inconsciente que adviene a la consciencia del sujeto asociativamente. Sin embargo ¿el sentido es igual al significado que recibe el sujeto a partir del esclarecimiento que emerge de su palabra misma? Podría pensarse de esta manera; aun así, Lacan advierte que, en tanto significante, el síntoma representa a un significado que yace reprimido y apartado de la consciencia de un sujeto⁹⁰; luego esto permite decir, que el significado que emerge se da en virtud de la asociación entre significantes, donde el sentido aparece como el resultado las relaciones que se establecen entre ellos.

Que el sentido del síntoma no proviene del síntoma en sí mismo, sino que adviene por la cadena asociativa, es una idea que existe en las reflexiones freudianas sobre el síntoma histérico: “[...] El síntoma histérico no trae consigo este sentido, sino que le es prestado, es soldado a él, por así decir, y en cada caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse”⁹¹. Por tanto, el síntoma es solo una parte de la dimensión del sentido que emerge en el análisis. Con ello se entiende que el cuerpo en la histeria habla, siendo el síntoma conversivo parte de su lengua: “*símbolo escrito sobre la arena de la carne*”⁹². En este punto puede recordarse que si el síntoma en la histeria se formula como un símbolo, lo es en tanto que resultado de un proceso que da cuenta de su formación, en donde la *transacción somática*⁹³ propia

⁸⁹ Jacques Lacan, Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos 1, Paidós*, 2nd ed., vol. 53 (Siglo XXI, 2009), doi:10.1017/CBO9781107415324.004. p.260

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Sigmund Freud, *Fragmento de Análisis de Un Caso de Histeria (Dora) Tres Ensayos de Teoría Sexual y Otras Obras, Sigmund Freud Obras Completas*, 2011. p.37

⁹² Lacan, Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, *Escritos 1*, 2009.p.271

⁹³ La definición que aporta la teoría freudiana sobre el síntoma histérico da cuenta de un proceso específico que se describe de la siguiente manera: “Todo síntoma histérico requiere de la contribución de dos partes. No puede producirse sin cierta sollicitación {transacción} somática brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a este órgano.” (véase, Freud, *Fragmento de Analisis de Un Caso de Histeria (Dora) Tres Ensayos de Teoría Sexual y Otras Obras*. P.37)

de la conversión puede ser tomada como ejemplo de lo que es la sustitución significante en “*Función y campo*”, en donde el síntoma como formación del inconsciente ocupa el lugar de un fragmento velado de la historia de un sujeto que se manifiesta de forma distorsionada, como representante de una verdad inscrita en el cuerpo: “[...] esto es mi cuerpo, es decir, el núcleo histérico de la neurosis donde el síntoma histérico muestra la estructura de un lenguaje y se descifra como una inscripción que, una vez recogida, puede sin pérdida grave ser destruida.”⁹⁴

Para Lacan, en este texto, el desplazamiento simbólico comprometido en la manifestación sintomática es un sinónimo del campo de la metáfora, hecho que captura en la formulación matemática presentada en el Seminario sobre “*Las formaciones del Inconsciente*”, (ver matema (2.1)):

$$f \left(\frac{S'}{S} \right) S'' \cong S (+) s$$

(2.1)

Aquí Lacan explica cómo opera la sustitución significante: “[...] la sustitución de S' por S con respecto a S" desemboca en la relación S (+) s, que aquí indica- resulta más fácil decirlo que en el caso de la metonimia - el surgimiento, la creación, del sentido.”⁹⁵ Se entiende, por tanto, que la dimensión del sentido como creación resulta del proceso asociativo que permite restituir el significado reprimido al lugar del que ha sido desplazado metafóricamente por el significante-síntoma. Esta estructura significante, permite evidenciar de manera cristalizada, de qué va el proceso de traducción en el que se comprometió Freud al tratar el síntoma histérico, y cómo logró extraer de él un sentido. ¿Es posible analizar el síntoma a partir la fórmula de la metáfora propuesta por Lacan? Es un ejercicio didáctico, cuyo valor se impone en este apartado más allá de la mera ilustración, puesto que permite consolidar lo tratado hasta este momento. Veamos:

⁹⁴ Lacan, *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. Escritos 1*, 2009.p.251-252

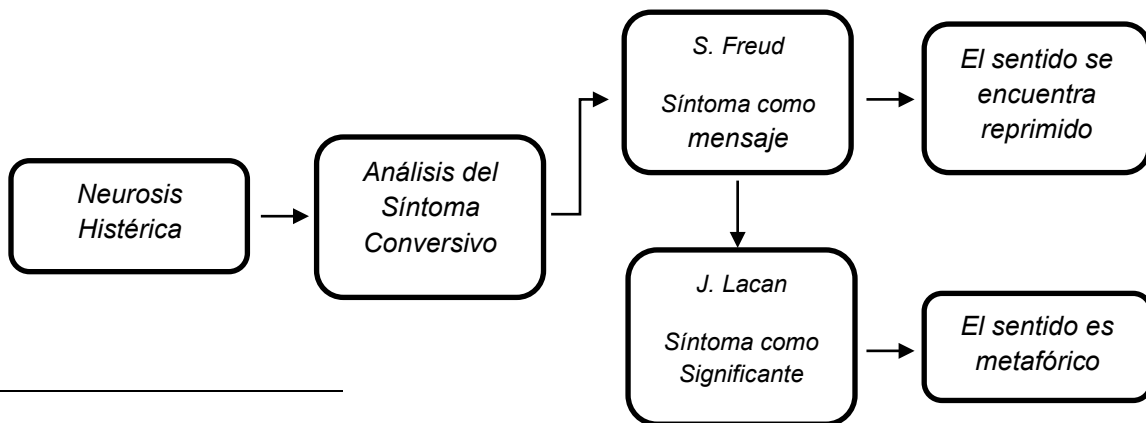
⁹⁵ Lacan, *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5, Las Formaciones Del Inconsciente*. p.16

si retomamos el síntoma conversivo de dolor en las piernas de Elizabeth, descrito paginas atrás, podríamos formularlo de la siguiente manera:

$$F\left(\frac{\text{Síntoma de Dolor}}{\text{Deseo por el cuñado}}\right) \text{ Síntoma conversivo fijado} \cong \text{"Ahora él está de nuevo libre,} \\ \text{y yo puedo convertirme en su esposa"}$$

Se sabe que el contenido del pensamiento expresado en la frase final se restituye a partir del trabajo asociativo que realiza Elizabeth orientada por Freud; por ser moralmente reprochable, este significado reprimido fue sustituido por el síntoma conversivo del dolor en las piernas. De acuerdo con lo anterior, es posible resaltar la labor del analista al develar el sentido del síntoma que, al igual que el sueño, podría decirse, es también un *rebus*⁹⁶. Así la introducción de la dimensión significativa dotará a la reflexión freudiana sobre el síntoma, que inició con la histeria, de una comprensión novedosa que va desde la consideración del síntoma como símbolo a la relación síntoma-sentido: metáfora.

Figura 2.1 Síntoma conversivo: mensaje y significativo



⁹⁶ Al respecto Freud indica: "Valió la pena abordar con detalle el esclarecimiento de los sueños; en efecto, el trabajo analítico ha mostrado que la dinámica de la formación del sueño es la misma que la de la formación de síntoma. Aquí como allí individualizamos una disputa entre dos tendencias: una inconsciente, en todo otro caso reprimida, que aspira a una satisfacción — cumplimiento de deseo—, y una que reprime y repele, y con probabilidad pertenece al yo consciente; como resultado de este conflicto tenemos una formación de compromiso —el sueño, el síntoma— en la que las dos tendencias han hallado una expresión incompleta. El significado teórico de esta concordancia es esclarecedor" (véase: Freud, Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido» (1923 [1922]). en *Más Allá Del Principio de Placer, Psicología de Las Masas y Análisis Del Yo y Otras Obras, Obras Completas, Tomo XVIII*, 1920, doi:10.1017/UPO9781844654666.021. p.238)

Figura 2.1 Síntesis de las conceptualizaciones de Freud y Lacan sobre el síntoma conversivo en la histeria

Es una relación que interesa para la pregunta que se intenta responder en este apartado, puesto que muestra cómo el abordaje freudiano del síntoma conversivo evidencia en psicoanálisis la cualidad de símbolo y mensaje del síntoma, cuestión que, articulada a la dimensión del lenguaje tal y como propone Lacan, incluye la condición metafórica expresada en la sustitución significativa.

Ahora bien, Freud avanzó de manera paralela en el desarrollo de otra arista del síntoma, que incluye algo más que un mensaje: la proposición como *formación sustitutiva*, complejiza su teorización y permite también considerar que el malestar como efecto sintomático es a la vez una forma de satisfacción enmascarada de la pulsión, lo que hará límite con respecto al sentido, dada la extrañeza que implica un cumplimiento de deseo inconsciente atravesado por el sufrimiento. Es un asunto que debe desarrollarse detenidamente; para ello es necesario abordar la conferencia titulada “Los caminos de formación de síntoma”, donde Freud destaca elementos que, al entrar en conflicto, promueven la formación de síntomas:

Ya sabemos que los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional [pág. 318]. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma⁹⁷.

La búsqueda de satisfacción libidinal, movilizada por el principio del placer choca contra las exigencias que ha construido el yo, y deniega cualquier posibilidad de satisfacerla, lo cual origina el conflicto que promueve la búsqueda de otros caminos que permitan satisfacer de manera disfrazada las aspiraciones libidinales⁹⁸. El síntoma, por tanto, no únicamente sustituye simbólicamente un significado reprimido; es una forma de satisfacer

⁹⁷ Freud, “23a. Conferencia. Los Caminos de La Formación de Síntoma.” p.326

⁹⁸ Ibid.

la libido bloqueada que persigue en sí misma un deseo inconsciente y que, por tanto, al mismo tiempo engaña a la represión.

Así, el síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente, desfigurado de manera múltiple; es una ambigüedad escogida ingeniosamente, provista de dos significados que se contradicen por completo entre sí⁹⁹.

Dispuesto así, y tomando el caso del síntoma conversivo, quedan expuestas las razones de la extraña forma de satisfacción, que Freud captura en un gesto particular a la hora de examinar a una de sus pacientes: los chillidos que producía la Srta. Von R. durante la auscultación no correspondían al dolor corporal, sino más bien eran el resultado de “*unas voluptuosas cosquillas*” que se producían al examinar, lo que llamó en aquel momento, una zona histerógena¹⁰⁰. Aun así, no por ello puede decirse que el sujeto no sufre su síntoma, todo lo contrario; sin embargo, el sujeto no sabe a nivel de la consciencia, qué es lo que satisface el síntoma, he ahí su matiz enigmático dadas múltiples vías de formación que lo desfiguran y enmascaran.

El síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño. Prescindamos de que es irreconocible para la persona, que siente la presunta satisfacción más bien como un sufrimiento y como tal se queja de ella. Esta mudanza es parte del conflicto psíquico bajo cuya presión debió formarse el síntoma. Lo que otrora fue para el individuo una satisfacción está destinada, en verdad, a provocar hoy su resistencia o su repugnancia. [...] ¹⁰¹.

La modalidad de satisfacción sintomática hace posible la captura de un dolor que se disfruta, un disfrute que se sufre, una suerte de paradoja que Lacan distinguirá como goce. En este sentido, el síntoma conversivo no solo aporta la posibilidad de establecer

⁹⁹ Ibid. p.328

¹⁰⁰ Freud, *Estudios Sobre La Histeria (1893-1895)*. p.153

¹⁰¹ Freud, “23a. Conferencia. Los Caminos de La Formación de Síntoma.” p.333

que él es portador de un mensaje que se hace preciso descifrar; anudado a ello podemos decir que el cuerpo de la histérica es también un escenario de goce, ordenado por su manifestación patológica.

El conflicto que promueve la formación de síntoma es más explícito en otro texto de Freud, que permite situar de manera específica dos cuestiones: por un lado, que su formación es una forma de resolución del conflicto interno y, por otro, que es susceptible de retornar y repetirse. Veamos:

Sin embargo, el proceso no concluye con esto: o la pulsión ha conservado su intensidad, o rehace sus fuerzas, o es despertada por una nueva ocasión. Renueva entonces su demanda, y como aquello que podemos llamar la cicatriz de represión le mantiene cerrado el camino hacia la satisfacción normal, se facilita en alguna parte, por un lugar débil otro camino hacia una satisfacción llamada “sustitutiva”, que ahora sale a la luz como un síntoma sin la aquiescencia del yo, pero también sin que el yo entienda de qué se trata. Todos los fenómenos de la formación de síntoma pueden describirse con buen derecho como un “retorno de lo reprimido”¹⁰².

El retorno de lo reprimido, por tanto, muestra una vertiente que permite ir más allá de la cuestión fenoménica del síntoma. El exceso del síntoma (del lado del goce), vinculado al fracaso de la represión, muestra que el síntoma en su función no solo se limita a la sustitución simbólica de un significado reprimido; el efecto de sustitución simbólica es concomitante a la satisfacción pulsional, dos caras de una misma moneda. Lo anterior también indica que el síntoma no se sostiene únicamente como un texto sagrado que se presta a la interpretación: la característica de goce que hace límite al sentido, al ser paradoja de una satisfacción vivida con displacer también tiene, por la fuerza pulsional que no se agota, una tendencia a repetirse por diferentes vías. Pero ¿qué se entiende por límite de sentido? De acuerdo con lo que se viene trabajando, sería lo que está más allá de lo que la interpretación simbólica es capaz de capturar¹⁰³.

¹⁰² Sigmund Freud, *Moisés y La Religión Monoteísta. Esquema Del Psicoanálisis y Otras Obras, Sigmund Freud Obras Completas*, 1939.p.123

¹⁰³ Cecilia Fasano, “El Síntoma En La Ruta Del Goce,” Blog de la sección La Plata - EOL, 2013, <http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/el-sintoma-en-la-ruta-del-goce/>.

Lacan por su parte, contando con el recurso de su lectura a partir de la estructura significativa propone esta cuestión de la satisfacción pulsional en relación con el síntoma de la siguiente manera:

El síntoma es el retorno, vía sustitución significativa, de lo que está en el extremo de la pulsión como su meta. Aquí la función del significativo adquiere todo su alcance, pues es imposible, sin hacerla intervenir, distinguir el retorno de lo reprimido y la sublimación como modo de satisfacción posible de la pulsión [...] ¹⁰⁴

Lo anterior, si bien indica que es por la acción del orden significativo que la formación de síntoma adquiere otra cualidad, esta última -goce-¹⁰⁵ se introduce de manera diferenciada a esta altura de la enseñanza de Lacan: si se entiende que hasta cierto punto la dimensión de mensaje plantea la existencia de una operación de sustitución simbólica cuyo resultado es el deseo enmascarado por el síntoma¹⁰⁶, la cita anterior va a señalar la paradoja implícita en la consideración freudiana sobre la satisfacción pulsional, que viene de algo que no es precisamente su meta originaria y que, según puede entenderse, toma como referencia la capacidad de renovación de la fuerza pulsional, insistente en la demanda por la satisfacción, y que orienta la repetición del síntoma.

¿Cómo se entiende entonces por la vía clínica, que un síntoma por el cual un sujeto sufre le ofrezca una satisfacción pulsional? Y, podríamos agregar, ¿cómo evidenciar ahí la repetición de la que es sede el síntoma? Se tomó como referencia el síntoma conversivo para dar cuenta de la condición “hablante” del cuerpo histérico; pues bien, continuando

¹⁰⁴ Jacques Lacan, *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7, La Ética Del Psicoanálisis, El Seminario de Jacques Lacan* (Paidós, n.d.). p.156

¹⁰⁵ El concepto de goce y su relación con el síntoma es un tema de una amplitud y complejidad, de la cual solo se abordarán algunos matices, teniendo como marco a la histeria. Se conoce que hacia el Seminario 20, J. Lacan desarrolla la teorización sobre este asunto en relación con otras nociones del edificio teórico del psicoanálisis (falo, objeto a, deseo, entre otros), lo que, en suma, hace difícil elaborarlo de manera ampliada en este trabajo.

¹⁰⁶ Lacan sobre este punto advierte: “La cuestión es la del vínculo entre el deseo, que permanece como un signo de interrogación, una x, un enigma, y el síntoma con el que se reviste, es decir, la máscara.” (véase, Lacan, *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5, Las Formaciones Del Inconsciente*. p.334)

con esta línea, pero retomando otra manifestación patológica del cuadro histérico, es posible llegar a ejemplificarlo y dar respuesta a los interrogantes planteados. Como se lo mencionó páginas atrás, Freud aportó también algunas indicaciones sobre los que llamó *síntomas típicos* para cada tipo de neurosis, siendo el asco el correspondiente a la histeria; de él advierte: “Yo llamaría «histérica» sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominante o exclusivamente sentimientos de displacer”¹⁰⁷ Este comentario aparece justamente a propósito de la presentación del “Caso Dora”, cuando analiza el síntoma de asco devenido de la situación del beso que el señor K. “le estampara” de manera abrupta. La situación se describe de la siguiente manera:

El señor K. había convenido con ella y con su mujer que, después del mediodía, las damas vendrían a su tienda, situada frente a la plaza principal de B., para contemplar desde allí unos festejos que se realizarían en la iglesia. Pero él hizo que su mujer se quedara, en casa, despachó a los empleados y estaba solo cuando la muchacha entró en el negocio. Al acercarse la hora de la procesión, le pidió que lo aguardase junto a la puerta que daba a la escalera que conducía al primer piso, mientras él bajaba las cortinas. Regresó después de hacerlo y, en lugar de pasar por la puerta abierta, estrechó de pronto a la muchacha contra sí y le estampó un beso en los labios.¹⁰⁸

Freud le atribuye a esta escena las características propicias para haber despertado la excitación sexual en una joven virgen, aclarando que el desplazamiento de afecto, dado el mecanismo represivo en Dora, promovió la emergencia del asco. Hay que tener en cuenta que mientras esta escena emerge en el curso del proceso asociativo que busca dar cuenta de una situación diferente (proposición amorosa reciente del señor K. hacia Dora), se advierte que el asco, en tanto respuesta al beso, hace oposición a un deseo no declarado por Dora que solo admite más adelante, en el tratamiento: dijo haber sentido un enamoramiento hacia el Señor K. al menos hasta el momento de la propuesta en la escena del lago. Más aún, Freud logra establecer que las diversas enfermedades de las cuales se quejaba Dora siendo más joven, correspondían a una forma de manifestación

¹⁰⁷ Freud, *Fragmento de Analisis de Un Caso de Histeria (Dora) Tres Ensayos de Teoría Sexual y Otras Obras*.

¹⁰⁸ Ibid. p.26

amorosa hacia el Señor K., fruto de una identificación con la Sra. K., quien enfermaba ante la presencia de su esposo para evadir los deberes conyugales; Dora por su parte, enfermaba ante la ausencia del Señor K., de tal suerte que sus síntomas correspondían en el tiempo con la duración de los viajes efectuados y la ausencia del Señor K. Se esperaría entonces que un beso de un ser amado provocara un efecto diferente, digamos satisfactorio, puesto que corresponde a un deseo; sin embargo, sabemos que dicho deseo hacia el señor K es para Dora moralmente reprochable y, de hecho, el análisis freudiano muestra cómo los reclamos de Dora dirigidos hacia su padre, dada la relación clandestina que este sostenía con la Señora K., eran aplicables a su persona. Pues bien, descrito así el contexto de la situación, la lectura que se realiza del síntoma del asco en este caso muestra que esta manifestación objeta una satisfacción proveniente del Señor K., siendo el rechazo y la huida lo que está al final en el juego seductor en la histeria. Sin embargo, el asco hace parte de una serie de síntomas que se derivan de la situación; según la interpretación de Freud, adicionalmente la paciente ha sentido el miembro erecto del señor K. a la altura del vientre por causa del abrazo fuerte y apasionado que habría causado una sensación de presión sobre el pecho, lo que estaría vinculado por vía asociativa con la sensación de excitación genital que Dora vivió en ese momento. La aversión a los hombres, descrita como una fobia, es la forma con la cual Dora se defiende de lo que un hombre en estado de excitación puede provocarle, teniendo en cuenta su experiencia con el Señor K.

Freud relaciona de forma contundente todas estas experiencias de rechazo con el asunto que se juega en la cuestión sexual en Dora, que es coherente con la definición que había dado de lo que es un sujeto histérico: "Debemos considerar como histérica a toda persona que en una situación de excitación sexual no experimenta placer sino por el contrario desagrado"¹⁰⁹. Podría decirse que la única forma en que la situación de Dora fuese correspondiente a una sensación de agrado, tendría lugar en tanto que ella consintiese y aceptase de manera consciente dicho acto brusco por parte del Señor K.; hay que recordar que en varias ocasiones este deseo se esclarece en función del análisis, no antes. Ahora bien, el asco como producto de la represión relativa a la excitación oral, es relacionada por Freud con una satisfacción pulsional (chupeteo) propia

¹⁰⁹ Freud, "La etiología de la histeria" *Estudios Sobre La Histeria (1893-1895)*.p.210

de la infancia, y la transacción asociativa de la excitación genital experimentada, mudada ahora a la opresión en el pecho, es la evidencia de la forma desfigurada mediante la cual la pulsión logra satisfacerse en parte, a pesar de que dicha satisfacción no sea completamente coherente con su meta. Es más, es posible advertir que hay un carácter asociativo que permite el desplazamiento y la apertura de nuevas vías asociativas de dicha satisfacción denegada desde lo consciente por acción de la represión: Freud menciona, por ejemplo, que, si bien el asco era un síntoma apenas en potencia, se desplazó hacia un rechazo al alimento: la capacidad de renovación de la fuerza pulsional promueve la asociación para alcanzar una satisfacción sustitutiva. En ese sentido, el malestar vivenciado por Dora en estas tres formas sintomáticas que aparecen con posterioridad a la escena evidencia la satisfacción que, por caminos contiguos, se alcanza de manera parcial. Hay por tanto una característica de continuidad en la búsqueda de la satisfacción pulsional, alcanzable por la vía sintomática que, al repetirse, muestra de manera clara su rostro de goce. Quizá por ello Lacan dirá, hacia el año 75, que el síntoma es aquello que no cesa de repetirse, asimilando este hecho a la escritura de algo que de lo inconsciente “no cesa de inscribirse en el síntoma”¹¹⁰ y que se mantiene en puntos suspensivos.

Que el síntoma es una forma de escritura es algo que se desarrolló anteriormente en función de la relación síntoma – sentido, teniendo en cuenta la estructura significativa establecida por Lacan. De la misma manera, es posible considerar la cualidad de satisfacción pulsional que se propicia, desfigurada en el síntoma, por la vía de la asociación: si el síntoma es sustitución simbólica en la metáfora, también puede considerarse que, la repetición a la que accede por vía asociativa y que promueve el goce es metonímica. Esta afirmación puede sostenerse a partir de lo siguiente:

La chispa creadora de la metáfora no brota por poner en presencia dos imágenes, es decir, dos significantes igualmente actualizados. Brota entre dos significantes de los cuales uno se ha sustituido al otro tomando su lugar en la cadena significativa, mientras el

¹¹⁰ Jacques Lacan, *Seminario R.S.I, Inédito*, 1975. p. 23

significante oculto sigue presente por su conexión (metonímica) con el resto de la cadena.

111

Resulta de interés la relación metáfora-metonomía aquí presentada, ya que indica que la sustitución simbólica efectuada en la formación de síntoma no es sin un efecto metonímico del lado de la satisfacción pulsional. La fórmula aportada por Lacan a propósito de la metonomía es indicativa de este camino asociativo que mantiene vivo un significante que se desliza de manera permanente (ver matéma (2.2)). Así las cosas, metafóricamente se envuelve de sentido el síntoma y metonímicamente se encuentra vinculada, por efecto de contigüidad, la satisfacción sustitutiva que incluye el goce.

$$f (S... S') S'' \cong S (-) s$$

(2.2)

Lacan sostiene: "S está vinculado, en la combinación de la cadena, con S', todo ello con respecto a S", lo cual lleva a poner S en una cierta relación metonímica con s en el plano de la significación."¹¹² Con esta indicación se encuentra una función combinatoria por contigüidad del significante, que se cruza y hace diferencia con respecto a la función sustitutiva simbólica. Así, el significante que continúa oculto conserva la fuerza pulsional que le permite deslizarse. Ahora bien, puede pensarse que el síntoma en relación con el plano de la significación es, por efecto metonímico, lo que hace límite u objeción al sentido, dado el elemento significante en constante desplazamiento en la cadena de sus relaciones de contigüidad; esto quiere decir que si bien puede haber efectos de sentido que se extraen del síntoma, la significación del mismo siempre conservará cierta opacidad, misma que puede ubicarse como el elemento de la repetición antes señalada por Freud en "Inhibición, síntoma y angustia", y que explica el matiz de sufrimiento incluido en el goce.

¹¹¹ Lacan, La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. *Escritos 1*, 2009. p. 474

¹¹² Lacan, Las estructuras freudianas del espíritu. *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5, Las Formaciones Del Inconsciente*. p.16

En el ejemplo del síntoma del asco de Dora lo que se encuentra de metonímico es el efecto de desplazamiento y satisfacción (deformada) vía formación de diferentes síntomas derivados de una misma situación traumática. Sin embargo, ello en sí mismo no muestra el rostro del goce que se ha señalado en la repetición, puesto que este supone, como lo indica Luterau, un efecto de sustracción, de huida, frente al goce del Otro que la quiere como objeto de su propia satisfacción; esto es una forma de objetar la demanda que proviene del Otro para que ocupe ese lugar, lo que a su vez le permite a la histérica sostener el deseo, por el que paga sin embargo un alto precio en la formación de síntomas¹¹³.

Esto abre el camino hacia otra cuestión: puede reconocerse el deseo solo en parte a partir de la dimensión del sentido, dimensión que es aportada por la interpretación de síntomas, pero, solo en parte puesto que, por efecto metonímico el deseo (siempre inconsciente) ya se ha desplazado a otro lugar. De ahí que Dora reconozca solo hasta cierto punto (a regañadientes y con dudas) un enamoramiento hacia el Señor K.; la significación del deseo no puede alcanzarse por completo puesto que, por definición, “el deseo es metonímico” y, por tanto, la verdad del mismo solo puede ser encontrada y dicha a medias.

Figura 2.2 Síntoma histérico: satisfacción sustitutiva y goce

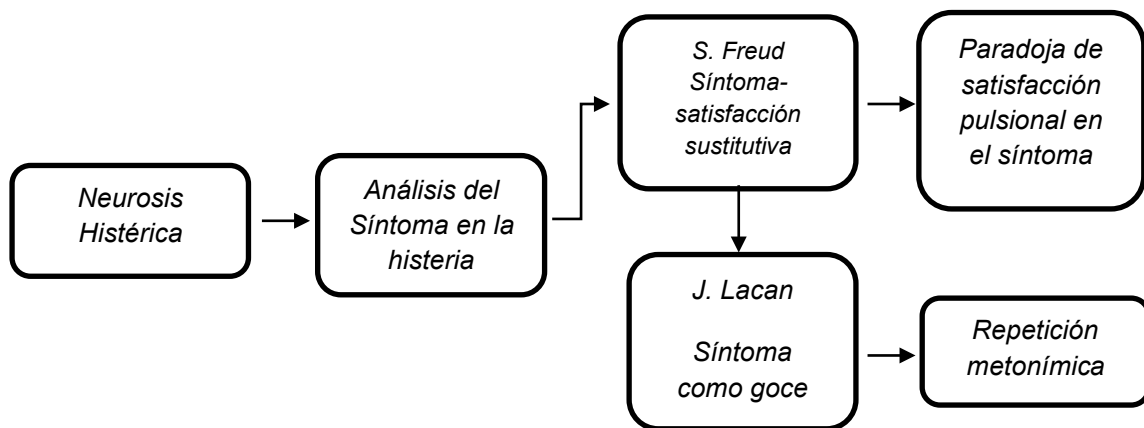


Figura 2.2 Síntesis de la conceptualizaciones de Freud a Lacan, sobre el síntoma histérico como satisfacción sustitutiva y goce, respectivamente.

¹¹³ Lutereau, *Histeria y Obsesión*.

Esta figura, condensa aquello que se intenta subrayar hasta este punto, esto es: la dimensión del síntoma en relación con el goce, tomando como punto de partida el síntoma histérico. No solo como una forma de recorrido, sino para dar cuenta de los desarrollos en psicoanálisis que aportan esta posibilidad de lectura del problema que nos ocupa. Es cierto que la pregunta sobre el fin de la histeria es un tema siempre actual en psicoanálisis, y las vías para responder son siempre variadas; sin embargo, se encuentra que existe en el síntoma una especie de brújula para ubicar a la histérica, aun cuando ello también destaca que la formación fenoménica del síntoma histérico es apenas una parte de lo que le interesa al psicoanalista cuando piensa en este cuadro clínico. Como se ha explicado, el síntoma es metáfora, mensaje, pregunta y, de acuerdo con la formulación lacaniana, también es satisfacción paradigmática de goce, cuestionamiento sobre el ser que se presenta para un sujeto del lado de lo enigmático, problemático, y vinculado al sinsentido del síntoma.

2.3 Síntoma, sinthome e histeria rígida

Hasta este punto se ha construido un camino que tiende a dar cuenta de algunos elementos teóricos que ilustren y aproximen el desarrollo de las formulaciones actualizadas en relación con la histeria en psicoanálisis. En este sentido, la articulación con el síntoma en los apartados anteriores es útil para resaltar dos ideas centrales: a) Que el síntoma histérico expresa un mensaje, y que su paradigma clásico podríamos ubicarlo del lado de la conversión. b) Que lo anterior es apenas una parte de las consideraciones que se derivan del pensamiento psicoanalítico sobre el síntoma histérico que, como vemos, también expresa de manera paradójica una experiencia de goce.

Por supuesto, estas dos ideas no son excluyentes entre sí, se complementan y son parcialmente una respuesta a la pregunta que orienta este trabajo puesto que, si bien es cierto que las manifestaciones patológicas de la histeria, a nivel de su presentación fenomenológica no se corresponden hoy con los cuadros conversivos clásicos, no por ello esto debe considerarse un signo de su desaparición en la clínica psicoanalítica; más bien indican que la envoltura formal del síntoma -como la nombra Lacan- es apenas el

recubrimiento de sentido, la capa perlada que cubre la dimensión de goce: consideración que aproxima la discusión, como veremos, al registro de lo real. Seguramente puede considerarse que esta afirmación no se sostiene del todo a partir de lo trabajado en los anteriores apartados: es cierto que síntoma e histeria tienen una amplitud difícilmente reducible a un solo trabajo investigativo y las posibilidades de elaboración teórica a partir de los lazos conceptuales que comparten, han permitido una notable variedad de producción académica al respecto; justamente por ello, y teniendo en cuenta que existe otro tipo de recorridos sobre estos tópicos teóricos, se rescatarán para este apartado aquellos que complementen y orienten de manera clara hacia el surgimiento de la noción de histeria rígida en psicoanálisis.

Se intentará, por tanto, dar un paso en esa dirección. Se conoce ampliamente el efecto que tuvo a nivel del desarrollo teórico del psicoanálisis la publicación freudiana en 1920 de *“Más allá de principio del placer”*, cuyas consecuencias del lado de la tópica del síntoma, recoge Sidi Askofaré a partir de ciertas consideraciones puntuales. La primera vinculada a la relación *síntoma-repetición*, establece, por un lado, la modificación de la noción teórica de repetición, que ya no estaría únicamente como una puesta en acto de aquello que se encuentra reprimido y que, por consecuencia, hacía corresponder al síntoma con el *retorno de lo reprimido*. Seguidamente Askofaré subraya que, con posterioridad al texto de 1920, la repetición vendrá a englobar lo que Freud denomina *más allá del principio de placer*, y se incluirá como un principio del funcionamiento psíquico, que el autor propone designar como *“principio de goce”*¹¹⁴. Así las cosas, “[...] aparece que el síntoma no es una formación del inconsciente como las otras. [...] Con el síntoma se tratará siempre más bien, de una formación mixta de inconsciente y ello, de verdad y goce, de simbólico y real. Por esto es particularmente valioso distinguir la *envoltura formal* del síntoma – que proviene del significante y se presta al desciframiento-del goce que esta envoltura contiene. [...] En cuanto goce, el síntoma era entonces ya en Freud, nudo de libido y pulsión de muerte.”¹¹⁵

¹¹⁴ Sidi Askofaré, “Del Síntoma Al SINTHOME,” en *Clinica Del Sujeto y Del Lazo Social*, 1st ed. (Bogotá: Colección Estudios de Psicoanálisis, 2012), 89–102.p. 108

¹¹⁵ Ibid. P. 108-109.

Sobre la última idea del texto citado recae un interés especial, puesto que es justamente la insistencia de la libido sexual, que busca su satisfacción, la que orienta el empuje hacia el desplazamiento y la repetición en el síntoma. Como bien lo indica Askofaré, es una idea que se encuentra en Freud; sin embargo, hay un matiz a destacar y que permite dar un paso firme en la dirección del síntoma-goce, despojado de la dimensión simbólica establecida anteriormente, como rasgo metonímico. La repetición en el síntoma, puesta de esta forma, no solo plantea condiciones enigmáticas por descifrar, sino que contribuye al logro de la satisfacción pulsional que, como sabemos, no corresponde con el deseo inconsciente. En este sentido, y retomando nuevamente la cita de “*Los caminos de formación de síntoma*”, Freud es específico al señalar que la repetición del síntoma reproduce una satisfacción de la infancia, pero “[...] volcada a una sensación de sufrimiento [...]”¹¹⁶, lo que justamente ubica al síntoma por fuera de las llamadas *formaciones del inconsciente*, puesto que, a diferencia del sueño, el síntoma está *más allá del cumplimiento de deseo*, en tanto es también satisfacción pulsional, por tanto, es goce¹¹⁷.

De Castro (2019) menciona:

“que el síntoma no sea una formación del inconsciente como las otras implica precisamente la presencia de lo real de la pulsión de algún modo desamarrado, desanudado de lo simbólico, no por una falla suya, sino porque lo simbólico no está en capacidad de recubrir lo real. Esto real implica entonces la presencia de un resto pulsional que no puede ser absorbido, ni recubierto, ni tramitado por lo simbólico.”¹¹⁸

¹¹⁶ Freud, “23a. Conferencia. Los Caminos de La Formación de Síntoma.” p.333

¹¹⁷ En Palabras de Lacan: “[...]lo que llamamos el síntoma, y es uno de los fundamentas más esenciales para no olvidar lo que Freud siempre dijo de la función del síntoma, es que, en sí mismo, el síntoma, es goce”. (Véase: Jacques Lacan, *El Objeto Del Psicoanálisis* (Inédito, 1966). P.102)

¹¹⁸ Sylvia De Castro Korgi, “Anudamientos Sintomáticos: Aproximaciones Al Sintoma a Través de Los Registros I.S.R.,” en *Versiones Del Síntoma*, 1st ed. (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2019), 93–116. P.109

Esta síntesis permite entender la formulación lacaniana según la cual: “[...] es en el síntoma que identificamos lo que se produce en el campo de lo Real”¹¹⁹ a partir de lo que logra capturar, parcialmente, el orden simbólico. Lo que encontramos de mensaje en el síntoma, hablado, *corpsificado* en la conversión histérica, corresponde a “un efecto de lo simbólico en lo Real”¹²⁰, lo que sin duda justificará que Lacan sentencie más adelante que: “El síntoma es Real”¹²¹, por cuanto es Real el límite que se produce al sentido del síntoma en su vertiente simbólica. Lo anterior corresponde, al igual que en Freud, a un movimiento teórico en Lacan que va de la primacía de lo simbólico a la preponderancia de lo Real, y esto en la proposición del nudo borromeo y los registros tal como son elaborados en el seminario XXII¹²².

Lo que se produce en lo Real, por tanto, sostiene la repetición sintomática; en ese lugar se ubica otro elemento particular, un elemento que se aísla por no tener una correspondencia significativa tal y como se espera de lo que es tocado por el lenguaje, es decir, la relación S1 -S2¹²³. Se aísla, precisamente, por la incapacidad de lo simbólico para revestir por entero a lo real; aquí la dimensión de las leyes de funcionamiento del lenguaje (metáfora y metonimia) no operan, o se reducen a la letra. De Castro, retomando a Lacan, señala que la letra es la materialidad del significante, su soporte, diferenciándose sin embargo del orden significante: es real. Para dar cuenta de lo anterior, la autora se orienta por la lectura del seminario sobre “*La Carta Robada*”; de este, y en relación con la cuestión de letra, recupera la función de la carta, en tanto que ocupa el lugar de eje organizador alrededor del cual se orientan todas las circunstancias

¹¹⁹ Lacan, *Seminario R.S.I.* p. 7

¹²⁰ Ibid. p. 8

¹²¹ Lacan, “Seminario Libro 24 Lo No Sabido Que Sabe de Una-Equivocación Se Ampara En La Morra.” p.35

¹²² Este tránsito teórico es descrito por Miller en los siguientes términos: “[...] el abordaje de Lacan [en relación con el síntoma] se desplaza de una definición a la otra, que en “Función y campo de la palabra y del lenguaje” el síntoma es abordado como un mensaje, y que en su Seminario “RSI”, por ejemplo, lo sitúa como una manera de gozar.” (véase: Miller, “Reflexiones Sobre La Envoltura Formal Del Sintoma.” P.11)

¹²³ De Castro Korgi, “Anudamientos Sintomáticos: Aproximaciones Al Sintoma a Través de Los Registros I.S.R.”

narradas en el relato. Su mensaje se desconoce; sin embargo y a pesar de ello, tiene efectos, no de sentido, sino a nivel de la función, puesto que establece una forma de anudamiento de los tres tiempos lógicos¹²⁴ que Lacan desarrolla en dicho seminario.

La autora propone que, en tanto que la letra está desabonada de sentido, fija un goce; adicionalmente muestra cómo la letra va a permitir la orientación del síntoma de lo real hacia lo simbólico, a partir del gráfico que Lacan aporta en “La tercera”:

Figura 2.3 Representación del síntoma en el nudo borromeo

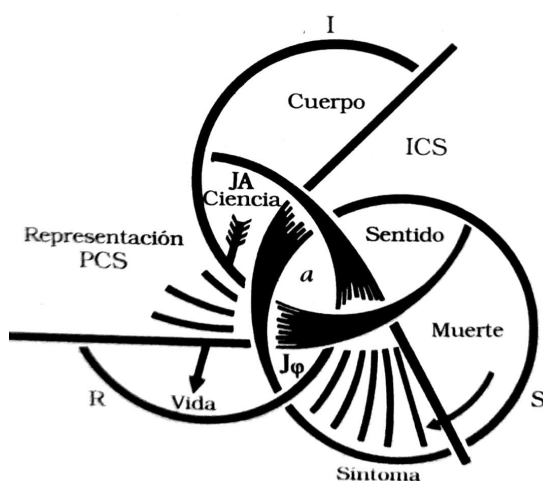


Figura 2.3 Figura que representa el nudo borromeo y de la cual Lacan aporta una definición del síntoma¹²⁵

¹²⁴ “El privilegio de éstos se juzga en el hecho de que responden a la vez a los tres tiempos lógicos por los cuales la decisión se precipita, y a los tres lugares que asigna a los sujetos a los que divide. [...] Así pues, tres tiempos, que ordenan tres miradas, soportadas por tres sujetos, encarnados cada vez por personas diferentes. El primero es de una mirada que no ve nada: es el Rey y es la policía. El segundo, de una mirada que ve que la primera no ve nada y se engaña creyendo ver cubierto por ello lo que esconde: es la Reina, después es el ministro. El tercero, que de esas dos miradas ve que dejan lo que ha de esconderse a descubierto para quien quiera apoderarse de ello: es el ministro, y es finalmente Dupin.” (Véase: Jaques Lacan, El seminario sobre “La carta robada”, en *Escritos 1*, ed. Siglo XXI, 3rd ed., vol. 1 (Mexico: Siglo XXI editores, S.A. de C.V. , 197AD), <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-1-jacques-lacan.pdf>. p-27)

¹²⁵ Jaques Lacan, “La Tercera,” en *Intervenciones y Textos 2*, 1st ed. (Buenos Aires, Argentina: Manantial, 2010), p.104.

En este sentido, en cuanto a la cifra del síntoma en la letra, al igual que lo real, no hay esperanza de alcanzarla vía representación¹²⁶, de aquí que su consistencia, real, provea un goce opaco del síntoma “por excluir el sentido”¹²⁷. Esta opacidad, que hace límite al sentido, aparece, pues, ya no como una cualidad del síntoma, sino como una función; la letra es un elemento que ordena una serie de circunstancias de sentido a partir del sin-sentido. Hay que insistir en lo siguiente para superar esta suerte de paradoja: Lacan sostiene con énfasis que, si la letra se escribe como S1, es para designar un vacío, una indeterminación de origen real que, en su cruce con el significante, es alimentada de sentido en un segundo momento. Esta proposición puede justificarse a partir de un fragmento de la clase IV de 1975 del seminario XXII de Lacan -cita ampliamente difundida- y que corresponde a la función del síntoma:

[...] la función del síntoma, función a entender cómo sería su formulación matemática: **f(x)**. ¿Qué es esta x? Es lo que del Inconsciente puede traducirse por una letra en tanto que solamente en la letra la identidad de sí a sí está aislada de toda cualidad. [...] Pero lo extraño es que es eso que el síntoma opera salvajemente. Lo que no cesa de escribirse en el síntoma resulta de ahí. [...] Lo importante es la referencia a la escritura. La repetición del síntoma es ese algo del que acabo de decir que salvajemente es escritura [...]¹²⁸

Repetición del síntoma ‘verificada’ por la escritura, que se alimenta de sentido en su cruce con lo imaginario y lo simbólico (véase figura anterior) pero, en tanto escritura, precipitación del lenguaje que a partir de la letra hace consistir al significante.

Ahora bien, ¿hacia dónde nos orienta este rodeo teórico sobre el síntoma real, en relación con la cuestión que nos ocupa, a saber, la histeria rígida? En primer lugar, a lo que lo real enseña sobre el síntoma, y a lo que la letra indica, como borde infranqueable para el significante, borde establecido por el agujero del objeto *a*¹²⁹ que, a su vez, hace límite a la envoltura significativa del síntoma real.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Ibid. p.596

¹²⁸ Lacan, *Seminario R.S.I.* p.23

¹²⁹ Lacan, “La Tercera.” p.83

Lo anterior permite pensar la insistencia del síntoma histérico en nuestro tiempo, a partir de la lectura borromea del síntoma, lo que autoriza a decir que dicha insistencia está justificada: justificada por lo real. Por otro lado, si Lacan resalta la referencia a la escritura por la letra, es porque la escritura del síntoma no cesa de inscribirse en los cuerpos, en cuyo caso el sentido posible del síntoma estará dado por los significantes que matizarán su envoltura formal, mismos que se modulan por las lógicas discursivas. Pero lo anterior no explica todavía el uso de este rodeo, faltan algunos elementos.

Al ubicar topológicamente lo que viene de lo real, Berger hace del síntoma una función de la letra y un modo de gozar:

[...] El síntoma es la manifestación de lo real del lado del ser vivo; no es todo lo real y, sin embargo, se manifiesta en el encuentro de lo real con lo simbólico. [...] Así, el ser hablante no se deshace de lo real por acceder a la palabra; por vía del síntoma debe soportar solo la incidencia de esta exclusión. Entonces, el anudamiento de lo real, de lo simbólico y de lo imaginario en la estructura misma del síntoma está bien presente en esta función borromea que identifica el síntoma con la estructura del sujeto: el síntoma garantiza su consistencia.¹³⁰

El síntoma, entonces, al adquirir un estatuto estructural en tanto que provee consistencia al sujeto, se articula como un cuarto anillo en la estructura borromea de los registros. Este movimiento, en el desarrollo teórico lacaniano, se da a partir de la constatación de que dicho anillo, garantía de consistencia, se encuentra ya en Freud, si bien no a título del síntoma, sino en función del Edipo y la realidad psíquica¹³¹. Lo fundamental en este punto es la equivalencia adicional que se le otorga en relación con el nombre del padre:

“[...] es que en Freud hay elisión de mi reducción a lo Imaginario, a lo Simbólico y a lo Real como anudados los 3, y que lo que Freud instaura con su nombre del padre idéntico

¹³⁰ Frédérique Berger, “Symptôme... Σύμπτωμα ... Suptoma” *Desde El Jardín de Freud: Revista de Psicoanálisis* 3986 (2012): 93–106. p.101

¹³¹ Lacan, *Seminario R.S.I.*

a la realidad psíquica, a lo que él llama la realidad psíquica, especialmente a la realidad religiosa —pues es exactamente lo mismo— que es así, por esta función, por esta función de sueño que Freud instaura el lazo de lo Simbólico, de lo Imaginario y de lo Real.”¹³²

Lo que aquí presenta es la función suplementaria de anudamiento del cuarto anillo, que es atribuida a la función paterna¹³³, cuyo efecto por la nominación permite que los registros hagan nudo. Sin embargo, será en la lectura que presenta Lacan sobre Joyce donde esta proposición del cuarto anillo deviene *sinthome*. Esta operación retoma las consideraciones sobre la función paterna como eje estructurante y simbólico del sujeto, pero aportando con la topología su consistencia, una especie de materialidad que justifica su presencia para asistir al anudamiento del nudo borromeo de tres anillos.

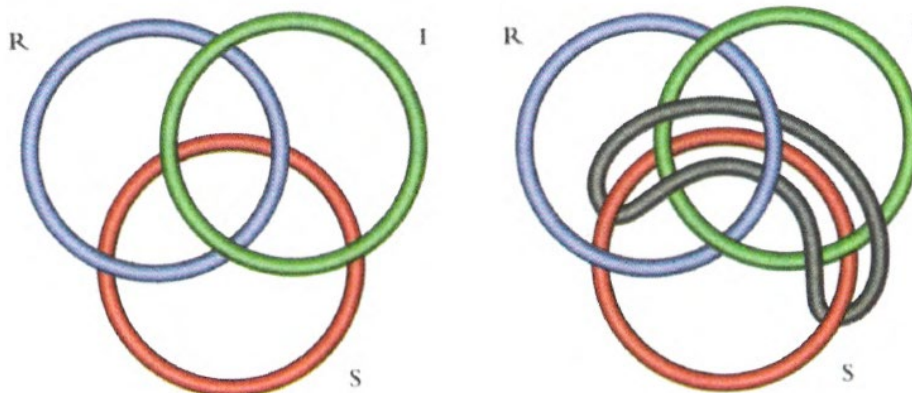
Bajo esta lectura, Berger (2012) reflexiona sobre la dualidad conceptual que adquiere este cuarto anillo, puesto que no solo vendrá a representar el anudamiento de registros efectuado por la operación del nombre del padre (nominación), que permite la estructuración de sujeto, sino que también conserva el rostro de goce inasimilable por la lógica significante. Esto es formulado por Lacan de la siguiente manera:

[...] en suma, el padre es un síntoma, o un *sinthome*, como ustedes quieran. Plantear el lazo enigmático de lo imaginario, lo simbólico y lo real implica o supone la existencia del síntoma. La siguiente figuración, a la izquierda, representa lo imaginario, lo simbólico y lo real separados unos de otros. Ustedes tienen la posibilidad de unirlos. ¿Por qué? Por el *sinthome*, el cuarto.”¹³⁴

¹³² Ibid.

¹³³ Ibid.p.30

¹³⁴ Jacques Lacan, El espíritu de los nudos, en *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 23, El Sinthome*, 1st ed. (Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1975). p.20

Figura 2.4 Representación de la función del *sinthome* en el nudo borromeo separadoFigura 2.4 Los tres anillos separados, después unidos por el *sinthome*¹³⁵

Queda establecida así esta equivalencia entre nombre del padre y síntoma en el *sinthome* como cuarto anillo estructurante; y esta es la cuestión que justifica el rodeo previo: llegar a este punto permite entender a qué se refiere Lacan cuando plantea la rigidez de la histeria. Para esclarecerlo, basta primero con recordar que esta equivalencia, padre-síntoma, formulada como *sinthome*, se ilumina si pensamos en la relación de la histérica con el padre. En otro momento Lacan formula de hecho esta relación como la armadura de amor de la histeria, un amor dirigido al padre y que, como sabemos con Dora, también permite una identificación al nivel del síntoma. Luego lo importante es definir qué es la histeria rígida, teniendo en cuenta la doble referencia que sugiere el *sinthome*.

En la clase del seminario 24 “*La invención de lo real*”, Lacan acudirá al comentario de la obra teatral de Hélène Cixous, titulada “*El retrato de Dora*” (*Le Portrait de Dora*), para lanzar una interpretación orientada a mostrar cómo se realiza la *histeria real*, en la medida en que “Se trata de la histeria, la de Dora precisamente, y resulta que no es la mejor histérica del reparto. La mejor histérica desempeña otro papel, pero no muestra en

¹³⁵ Ibid. p.21

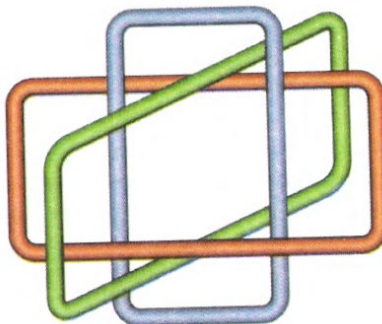
absoluto sus dotes de histérica. La que representa el papel de Dora las muestra bastante bien [...]”¹³⁶.

Lo que se extrae de este fragmento, -como parte importante para este apartado-, es que el lugar que da a la “mejor” histérica puede encontrarse en un momento anterior a la representación o puesta en acto; curiosamente, ello plantea las cosas a nivel de la repetición necesaria en la práctica teatral para encarnar un papel en una obra y, posteriormente, en la repetición de la obra en diferentes funciones. Quizá ello permite una conclusión de lo trabajado hasta este punto, aun si es necesario desarrollar de manera más precisa esto sobre lo que se avanza; veamos, Lacan menciona lo siguiente:

[...] Tenemos allí la histeria -pienso que esto les sorprenderá, pero después de todo quizá lo aprecien de otra manera- que podría llamar incompleta. Quiero decir que la histeria es siempre dos, en fin, desde Freud. En la obra se la ve de alguna manera reducida a un estado que podría llamar material, y por eso no viene nada mal para lo que voy a explicarles. Falta allí ese elemento que se agregó desde hace algún tiempo - desde antes de Freud, a fin de cuentas -, a saber, cómo se la debe comprender a ella. Esto produce algo muy sorprendente y muy instructivo. Es una especie de histeria rígida. Pronto verán, porque lo mostraré, qué quiere decir en este caso la palabra rigidez.¹³⁷

Justamente y a propósito de la rigidez, Lacan va a mostrar el siguiente gráfico:

Figura 2.5 Cadena borromea rígida.



¹³⁶ Lacan, *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 23, El Sinthome*. P.104

¹³⁷ Lacan. p.104

Figura 2.5 Cadena borromea que se sostiene a sí misma, no requiere de un cuarto nudo¹³⁸

Pero antes de abordar el gráfico quizás valga la pena extraer algunas indicaciones o consecuencias de la cita anterior. La primera, es que la histeria rígida es o está *incompleta*, y lo está por cuanto *falta el elemento que permita su comprensión*, es decir su *partenaire*¹³⁹. Si se atiende a la referencia que Lacan hace de Freud (y a quienes estuvieron antes), encontramos que no solo remite a la falta de quien escuche a la histeria sino, incluso, yendo más allá, podría pensarse que la histeria rígida, no precisa del padre. Esta histeria rígida que “*ya no es de dos*”, también evidenciará, por tanto, una carencia de sentido, pues no hay otro que le permita el acceso a él o dé sentido al síntoma que exhibe o... ¿actúa? Seguidamente encontramos a la histeria rígida, en un “*estado material*”, dado el lugar que le da Lacan, por fuera de la relación con el Otro, dejándola incluso aislada del acto escénico. Su materialidad está dada por el guión, en el cual existe para ser representada en un escenario artificial; se encarna en un cuerpo, pero no es el cuerpo hablante de la histérica; así lo reconoce Lacan, puesto que ni siquiera es la actriz que da vida a Dora la mejor histérica en ese momento. De aquí que el sentido del síntoma actuado, retomado por *la entrada en personaje*¹⁴⁰ de la actriz, no encuentre una respuesta que oriente su comprensión; solo está ahí, a merced de la repetición que le es impuesta, en tanto que obra teatral, y a merced del público que la recibe, pero del cual no se recibe ningún sentido particular articulado, como sí sería el caso de la interpretación en un análisis. Esto indica que la Dora de Cixous:

Está realizada de un modo tal que no es el texto lo que ha dominado a los actores, sino, se diría, la pragmática misma del decir. La puesta en escena en esa repetición misma.

¹³⁸ Lacan. p.105

¹³⁹ Eric Laurent, “Hablar Con El Propio Síntoma, Hablar Con El Propio Cuerpo,” 2012, http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html.

¹⁴⁰ Refiere a la noción de identificación que el actor efectúa en el proceso previo al acto escénico, con el personaje, su rol, sus características, emociones, y motivación. (véase, Natalia Torres Vilar, “Los Procesos de Identificación En El Trabajo Del Actor,” n.d., 27–69.)

Eso ayuda a desprenderse de la idea de que el significante organice el texto que organiza a los actores. Aquí, son más bien los actores quienes realizan el texto.¹⁴¹

Pero hay algo más. ¿A qué se refiere Lacan cuando menciona que la mejor histérica no hace parte del reparto y, aun así, es la mejor *sin mostrar sus dotes de histérica*? Es tentador pensar esta histeria rígida como un equivalente a la letra, a su función de organización de las circunstancias, pero desabonada de sentido, proveniente de un estado real que, si bien es imposible atrapar bajo el nivel de la representación significante, no carece de existencia: ¿es este hecho lo que la sostiene en su rigidez? Esta es una pregunta que surge de este comentario lacaniano sobre la obra teatral, que no hace más que provocar un sentido que aquí se intenta desarrollar y que se sostiene bajo una lectura posible, orientada por el recorrido realizado hasta este punto.

En este sentido, si abordamos el gráfico en el que el nudo borromeo rígido aparece sin el cuarto anillo, el *sinthome* y, por tanto, sin consistencia o anudamiento, notaremos en primera instancia que el mismo no remite a una formulación borromea de la histeria rígida, sino al anudamiento material de los registros, es decir, que no corresponde a la representación del nudo neurótico. Por otro lado, se notará que la Dora de Cixous provee los elementos que permiten plantear a Lacan un nudo Borromeo que se sostiene en ausencia del cuarto anillo. La ausencia del partenaire de la histeria rígida indica entonces que se construye sin la consistencia que le provee el otro, el nombre del padre y la nominación, y por tanto, es una histeria sin armadura, pero fijada por la repetición, que en todo caso sería del orden de lo real, en donde el síntoma ex-siste.

Vale recordar, dada esta última indicación, que el neologismo utilizado por Lacan para designar la paradoja de que algo que existe en lo íntimo y se ubica por fuera del núcleo del que es parte, se denomina ex-sistencia. Es una referencia útil y necesaria puesto que muestra, por un lado, que aquello que existe en la realidad, en tanto que es nombrado o nominado, es una consecuencia del significante; lo simbólico introduce elementos en la realidad puesto que puede representarlos en el lenguaje: tienen una consistencia lingüística:

¹⁴¹ Éric Laurent, “Conferencia «El Sinthome»,” *Psicoanálisis Inédito*, 2012. p. 3.

[...]El significante es ante todo imperativo. ¿Cómo volver, si no es con un discurso especial, a una realidad prediscursiva? Este es el sueño, el sueño fundador de toda idea de conocimiento. Pero es igualmente lo que ha de considerarse como mítico. No hay ninguna realidad prediscursiva.¹⁴²

No hay por tanto realidad sin la incidencia de lo simbólico requerido para que esta se construya a nivel de la cadena de los significantes. Viene ahora una cuestión fundamental: si bien es cierto que el significante construye la realidad por cuanto la nombra, con la letra Lacan enseña que solo es posible dicha construcción significativa en tanto que la misma es “símbolo de una ausencia”¹⁴³, y esto como consecuencia, de que “Nada existe salvo sobre un fundamento asumido de ausencia. Nada existe salvo en la medida en que no existe [...]”¹⁴⁴. Es la diferencia, la negatividad del significante, lo que hace imposible negar la ex-sistencia de aquello que escapa a toda realidad creada por el lenguaje. El lenguaje bordea un vacío para representarlo y darle consistencia en la realidad:

Esta ex-sistencia que determina como siendo de lo Real, es un afuera que no es un no-adentro, sino que es eso por lo cual se evapora una sustancia, o sea, que hace falla, que hace agujero y no solamente en lo simbólico sino en lo real. La ex-sistencia se soporta de lo que en cada registro hace agujero. En cada uno hay que nombrar su circularidad fundamental o su agujero –que no es su círculo o geometría de superficies– y su consistencia. De un agujero no hay adentro ni afuera, sino que un agujero se atraviesa.¹⁴⁵

Consideremos entonces que es la referencia a lo real lo que le interesa a Lacan en este momento; en ese sentido, la histeria rígida sería el modo de pensar su ex-sistencia a partir de un real. Es decir, la histeria rígida ex-siste, es una consistencia que se sitúa

¹⁴² Jacques Lacan, La función de lo escrito, en *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 20, Aun.*, 1st ed. (Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1972). p, 43.

¹⁴³ Lacan, El seminario sobre "La carta robada", en *Escritos 1*, 197AD. p,36

¹⁴⁴ Lacan.p, 372

¹⁴⁵ Mirta Goldstein, “Los Dos Reales y Sus Consecuencias Clínicas”. Asociación Psicoanalítica Argentina, 2010, <https://www.apa.org.ar/Cientifica/Espacios-de-autor/Espacio-Lacan/Los-dos-reales-y-sus-consecuencias-clinicas>.

antes de que el lenguaje aporte lo necesario para establecer la relación de dos (S1-S2); lo que muestra la representación teatral es la histeria con un síntoma sin mensaje, sin otro a quién dirigirlo y darle sentido, y bajo el efecto de una pura repetición. La histeria rígida estaría pues en el sin-sentido. Esto nos pone al nivel de la relación que se establece entre el 0 que hace serie con el 1, y sin el cual no habría 1 posible, en la medida en que el 1 es una representación que surge a partir de un vacío en la lógica matemática; es un esfuerzo por dar cuenta de la ex-sistencia que proviene de lo real y, como el efecto creador del sinthome en Joyce, le permite articular una consistencia de nudo a partir de su producción artística, en la palabra escrita.

Puede entonces formularse el siguiente interrogante: ¿es la histeria rígida una proposición sobre una categoría clínica o, por el contrario, es un ejemplo planteado a partir de la representación teatral de Dora, del que Lacan se sirve para pensar el asunto de la posibilidad de un nudo que se sostiene sin el sinthome, y que necesita la sutura creativa por vía del arte, como en el caso de la escritura de Joyce? Pregunta que queda abierta y permanece así puesto que, por un lado, concluye el recorrido propuesto en este apartado, y por otro, porque sabemos bien que las enseñanzas de Lacan no son sin consecuencias y tampoco se agotan en sentido. Así, la proposición de la histeria rígida permitirá una serie de desarrollos que parten de otras consideraciones teóricas, construidas por algunos psicoanalistas contemporáneos.

2.4 De la histeria rígida y otras producciones de sentido.

Hay una elaboración particular que ha invitado a muchos psicoanalistas contemporáneos a la reflexión teórico/clínica a propósito de la referencia lacaniana a la histeria en el último periodo de su enseñanza. Eric Laurent propone una llamativa forma de abordaje de la referencia del seminario XXIII cuando indica que Lacan ha tomado los estudios sobre la histeria “*por el revés*”¹⁴⁶ a partir de Joyce. Laurent comenta:

¹⁴⁶ Laurent, “Hablar Con El Propio Síntoma, Hablar Con El Propio Cuerpo.”

Eso es lo que se reformula en las mencionadas escrituras de la cadena rígida, que se sostiene sola. Es una cadena tal que hay una captación del goce y del sentido sin necesidad de pasar por el Nombre del Padre, por el amor al padre, por la identificación con el padre.¹⁴⁷

Esto plantea una paradoja, puesto que, si los registros articulados en la cadena carecen de la intervención del nombre del padre, o de la operación de consistencia que se produce por un *sinthome* como el de Joyce, ¿no estaríamos hablando del campo de las psicosis? Laurent parece alejarse de una consideración de este tipo, que en todo caso remite a la clínica estructural, y opta por la indicación extraída de lo dicho por Lacan sobre la histeria rígida, que remite al abordaje del inconsciente real a partir de la llamada *clínica nodal*:

El cuerpo del sujeto histérico es 'cizallado' por el significante, ya que los síntomas histéricos se presentan bajo el modo de la pérdida. El cuerpo cizallado es el cuerpo que pierde su brazo por la parálisis histérica, el cuerpo que pierde su pierna, que pierde su voz. A ese cuerpo cizallado se opone el cuerpo tórico agujereado. El cuerpo se presenta como agenciamiento de lo real, de lo simbólico y de lo imaginario, en torno de uno o dos agujeros, y se sostiene solo. El cuerpo tórico es una representación del cuerpo del ser vivo más allá del cuerpo histérico. Desde esta perspectiva, cabe pues distinguir el síntoma como acontecimiento de cuerpo y el síntoma histérico. [...] Para lograr que el sujeto histérico se sostenga unido hay que agregar un Nombre del Padre. Eso es lo que ya no es necesario en la versión de la histérica llamada "rígida", al estilo de Cixous. [...] Y aquí "material" está enganchado con lo real del goce. Lacan propone aquí un inconsciente que ya no está formado por efectos de significantes. Propone otra versión de un inconsciente que no está formado por efectos de significante sobre un cuerpo imaginario, sino un inconsciente formado por ese nudo entre lo imaginario, lo simbólico y lo real. Incluye la instancia de lo real, que es la pura repetición de lo mismo [...]¹⁴⁸

Es una indicación clave la que se establece en esta lectura de Laurent sobre la histeria rígida, pues viene a ubicarla en el lugar de motivo del que Lacan hace uso para introducir

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ibid.

la dimensión del inconsciente real, a partir de la articulación borromea de los registros. Es más, también puntualizará el síntoma histérico como algo que se anticipa al síntoma real, siendo esta quizá una indicación sobre la extimidad del síntoma: “El síntoma va a inscribirse sobre el cuerpo pese a ser también, llegado el caso, exterior al cuerpo. El síntoma está en el cuerpo. No es endopsíquico, está en el afuera.”¹⁴⁹ El autor no pierde de vista el interés lacaniano sobre el asunto de lo real, al punto de proponer en su lectura que este es el horizonte del psicoanálisis, siendo este un más allá del síntoma histérico: “Lo "material" no es una representación, ni representaciones de palabras, sino palabras en su materialidad. Son palabras en sus equívocos fundamentales, el equívoco de los Un-yerros que son lo único que constituye una aproximación a lo real.”¹⁵⁰

Esta lectura de Eric Laurent viene a cobrar toda su importancia dado el contexto en el que se presenta, pues aparece como motivación para un encuentro mundial de psicoanalistas. Ello tampoco ocurrió sin consecuencias, y abrió las puertas a otras elaboraciones teóricas sobre la histeria en nuestro tiempo, a partir de la noción de histeria rígida.

Una histeria sin nombre del padre es una de las propuestas que surge y que se justifica, puesto que se entiende que la discusión lacaniana, soportada por los argumentos del autor citado, aportan nuevas conceptualizaciones¹⁵¹ que permiten tal desarrollo y que orientan hacia una revisión de los fundamentos de la praxis del psicoanálisis, lo que supone también efectos del lado del analista. El argumento de esta proposición se orienta a considerar la histeria sin nombre del padre a partir del desconocimiento del síntoma histérico: en efecto, Indart va a proponer que aquello que conocemos del síntoma histérico a partir de Freud y Lacan es la histeria con nombre del padre, con la incidencia del padre, en cuyo caso se intenta pensar la histeria más allá de estos fundamentos clínicos. “Lo que sabemos es la parte “con NP [nombre del padre]” de la

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Juan C. Indart, "Primera Noche, Introducción", en *La Histeria Sin Nombre Del Padre* (Buenos Aires, Argentina: Grama, 2014).

histeria. Lo ponemos entre paréntesis, y nos queda la histeria en su mayor enigma, es decir, en lo que pueda o no tener de real.”¹⁵² El rasgo particular de esta lectura del seminario 23 de Lacan es que el autor señala como nuevos términos la *histeria incompleta* y la *histeria rígida*, asumiendo en este punto que es una indicación clínica sobre la histeria: esto significaría que la histeria rígida no es psicótica, sino que es un tipo de histeria al que se llama rígida. Ello ya marca una diferencia y distancia con las consideraciones presentadas anteriormente. Este hecho intenta dar de estos nuevos términos consistencia en la clínica.

“[...] lo que vio Lacan en el personaje teatral de Cixous, su versión de Dora, es el de una Dora que con su síntoma arma muy bien un nudo, se sostiene muy bien, con un nudo sola, y no se adosa discursivamente a ningún S1 que la interprete.”¹⁵³

Parece importante señalar algo que se destacó con anterioridad y parece ser un punto de diferencia con el autor, y es que no es el personaje de Dora lo que interesa a Lacan, pensando, por un lado, en que la histérica rígida se encuentra más bien al margen, y por otro, en que es la que organiza las circunstancias de la obra y que se repite. Aun así, lo que se advierte es que el autor hace consistir a esta histeria en serie con la obsesión y la perversión, pero en estas últimas no se advierte ninguna sugerencia sobre los efectos de pensar la cadena sin nombre del padre. Podríamos pensar que es esperable que, si hay una emergencia de un nuevo término del lado de la histeria en tanto rígida, ¿lo mismo podría esperarse, acaso, de la neurosis obsesiva?

Esta pregunta, toma en cuenta que existe en Lacan un nudo para la neurosis, sostenido por el *sinthome* o el nombre del padre, que resulta equivalente tanto para la histeria como para la obsesión. Esto no significa que no exista una razón para Indart que le permita avanzar sobre su planteo; es esta:

“Hay en efecto algo real más allá de la “experiencia medible”: el síntoma histérico. Lo único que prueba una metafísica, lo único que prueba lo que ninguna ciencia hoy en día, en sus efectos técnico-burocráticos va a reconocer, es a la histeria”¹⁵⁴

¹⁵² Ibid.p,13.

¹⁵³ Ibid.p,16.

Es un argumento sólido e indiscutible leer a la histeria como “metafísica”, tal como lo plantea el autor, bajo la consideración de que lo que ella muestra inatrapable por la experiencia objetiva o por el lenguaje, que viene de lo real, y que al habitar el cuerpo histérico produce un mensaje. Sin embargo, ese es ya el campo del cuerpo hablante, de la histeria clásica, por marcar una diferencia con la histeria rígida, cuyo síntoma viene sinsentido.

Pero bien, puede notarse que existe una línea teórica de desarrollo en esta propuesta, que acude a otros elementos que también son objeto de reflexión para el psicoanálisis contemporáneo. El desplazamiento de la histeria, que sigue a la pregunta lacaniana: “¿A dónde se han ido las histéricas de antaño?” es tomado de la siguiente manera:

“[...] Lacan se pregunta qué ha pasado con esos picos de oro que fueron para Freud, Emily, Elizabeth, etc. Lamenta que no haya más. Seguramente, dice, se han desplazado. Es la lectura que nos conviene: tal vez los haya, pero como se han desplazado ya no escuchamos. Y para colmo se pregunta si ese desplazamiento no es a causa del propio psicoanálisis y de su enorme producción de sentido para los síntomas. Tal vez por eso se han silenciado los picos de oro. [...] tal vez hay picos de oro, pero a la espera de una manera de escuchar que no sea reiterativa en la lectura de los síntomas desde el Nombre del Padre”¹⁵⁵.

Esto sugiere entonces la necesidad de un desplazamiento en la comprensión teórica y en la praxis misma del psicoanálisis, y es la apuesta que se sostiene tras el rastro de la histeria rígida, como una manera de abordaje de las condiciones de silencio en las que el autor parece identificar a la histérica actual. Es algo para reflexionar, el silencio de la histeria, puesto que es una posibilidad también negativa que produce sentido, está al alcance del significante en la medida en que los silencios también tienden a la interpretación, y por tanto producen sentido, en cuyo caso habría un mensaje y, por tanto, ¿es la histeria rígida la que emerge en estas condiciones de silencio, o es la histeria (con Nombre del Padre) que ha encontrado nuevos dialectos? Sin embargo,

¹⁵⁴ Ibid.p.20

¹⁵⁵ Ibid.p.21

pueda que las condiciones actuales exijan más del lado del analista a nivel de su escucha y su práctica; hay un acuerdo en este punto.

Hay un hecho concreto en esta apuesta de Indart sobre la histeria rígida: este término usado por Lacan en el seminario XXIII, tiene un efecto que va a englobar toda consideración clínica que en adelante se haga sobre la histeria al ser una nueva categoría, animada por lo real.

Fernando Vitale, en esta misma línea, ha de retomar del texto de Laurent, lo que este último propone como *“relectura de los estudios sobre la histeria a partir de Joyce”*, para formular que en la obra *“El retrato de Dora”* se muestra una histérica que “[...] se sostiene sola en su rechazo radical a cualquiera de los sentidos que al modo de un canon interpretará, a su turno, cada uno de los interpretantes, quienes por supuesto, no pueden hablar sino en el NP.”¹⁵⁶ ¿Puede plantearse que la histeria rígida, producto de la observación y análisis de Lacan sobre una obra teatral, tiende a un rechazo radical de sentido? Esta interrogación surge sobre la base de considerar que un rechazo como tal compromete un cierto nivel de voluntad, mas no a una cualidad inmanente de lo real como imposible de simbolizar. Es algo para pensar; sin embargo, ello no resta rigor a la consideración del autor, pues el argumento según el cual la histeria rígida viene al lugar de una nueva comprensión sobre la histeria como tal, comporta la necesidad de atribuirle ciertas características que se extraen del texto y la interpretación de la obra teatral que hiciera Lacan.

El texto de Vitale es importante puesto que muestra apartes de la introducción y algunos diálogos de la obra, que aquí a continuación se reproducen:

“Veamos como La voz de la pieza con la que se introduce la obra, ya nos da el tono de la propuesta de Cixous: “estos acontecimientos se anuncian al modo de una sombra, como en los sueños, devienen a menudo tan claros que uno cree captarlos de una manera palpable, pero a pesar de eso escapan a un esclarecimiento definitivo y si uno no procede

¹⁵⁶ Fernando Vitale, "Segunda Noche, Histeria Rígida", en *La Histeria Sin Nombre Del Padre* (Buenos Aires, Argentina: Grama, 2014). p,31

sin habilidad ni particular prudencia, no alcanza a poder decidir si una escena tal, tuvo o no realmente lugar...”. Citemos entonces algunos de sus dichos: [...]

Freud: Naturalmente no es indiferente que una jovencita esté abierta o cerrada. Uno sabe qué llave abre en esos casos.

Dora: Sabía que diría eso...

F: Si es tu pequeña carterita lo que buscas, la tienes sobre las rodillas. No has dejado de manosearla desde hace una hora.

D: Hago esto porque no consigo abrirla, lo ve, está dura, no puedo...

F: ¿No piensas que tus palabras pueden aplicarse a otra significación que a esa pequeña carterita?

D: (Despreciativa). Si, si usted quiere... Eso es lo que piensan los hombres.

F: Allí donde los labios callan uno conversa con la punta de los dedos. Las palabras equívocas son en la vía de las asociaciones como pequeñas agujas...

D: Si, sí. Pinchar, atravesar, coser. Descoser... Trabajo de mujeres

F: Por lo tanto, tú sabes quien reemplaza a quien en este sueño...

D: Saber, saber. Nadie sabe nada. ¿Qué es lo que quiere decir saber? ¿Es que yo sé lo que sé, lo sé? Todo eso no quiere decir nada

...

F: Allí donde los labios callan...

D: Si, sí, ¡ya sé! ¿y allí donde los dedos hablan? ¿Por qué hace girar usted la lapicera siete veces antes de hablarme? ¿por qué?

F: (incómodo) Hay que respetar las reglas.

...

F: Te vengas de mí como has querido vengarte del Sr. K y me abandonas como él te abandonó

D: Usted no comprende nada- Eso no impedirá que usted exista. He aquí mi venganza. Me iré sola. Me curaré sola. Nadie puede nada. Estoy sola en una villa extranjera...¹⁵⁷

Es muy útil poder examinar más de cerca al menos el texto que fundamenta el acto escénico, puesto que permite abrir la comprensión frente a lo que Vitale expone paso seguido: La Dora de Cixous expone en sus líneas el saber que solo es posible capturar en el decir, un dolor que escapa y que resulta a su vez indecible. Este es el material de su argumento, para advertir el rotundo rechazo a los sentidos que Freud le presenta. Vemos que, en efecto quien habla es Dora, pero una Dora cuyas palabras han sido intervenidas por las motivaciones de la autora, ha tomado sus síntomas y los ha puesto a actuar, ha tomado las palabras de Dora, aquellas que se encuentran en el trabajo de Freud, y las ha hecho desfilar en distintos caminos, (como puede advertirse en el párrafo introductorio de la obra); de aquí que quizá el síntoma no convoque a ningún saber,

¹⁵⁷ Ibid. p. 32-33

porque puede ser ese su propósito, porque esta histeria se declara abiertamente en rechazo. Es otra Dora la que habla, posee una voz que se produce en la pluma de Cixous que, en todo caso, le da un matiz diferente a la histeria y que le permite a Lacan acceder a un ejemplo de cómo el encadenamiento borromeo rígido se basta a sí mismo antes del acceso al sentido, vía el nombre del padre, o de la sutura por la potencia creativa del *sinthome* en Joyce. Esto último, por supuesto, es una interpretación alternativa a la que proponen Vitale e Indart, a quienes se ha tomado como interlocutores. Quizá se interrogue sobre el papel de las motivaciones de Cixous que intervienen en la voz que adquiere Dora en la obra; pues bien, ello emerge en virtud de lo que Vitale se permite describir sobre algunos hechos de la biografía de la autora:

[...] Es actualmente una de las escritoras francesas más prolíficas y reconocidas. Su obra comprende el ensayo, la ficción y el teatro. En 1974 inauguró en París VIII el primer y único programa de doctorado de lo que llamó Estudios Femeninos, lo que la ubicó como una de las referentes del movimiento feminista contemporáneo. Es especialmente conocida por haber acuñado el término de “escritura femenina” cuyas ideas directrices están plasmadas en dos de sus obras especialmente: *La risa de la medusa* y *La joven nacida*. Para ella, la subordinación de lo femenino en las categorías que ha estructurado el pensamiento de Occidente ha sido la condición misma en la que se sostiene el funcionamiento del sistema. Al deseo femenino lo va a definir como un deseo de alteridad, en donde el otro no esté ahí solo para ser reapropiado y destituido en cuanto otro. Ese lugar donde poder pensar por fuera de esta estructuración, es a lo que va a llamar la escritura femenina, precisando que implica, en tanto una realización diferente con el cuerpo. Para Cixous el psicoanálisis freudiano, aun queriendo hablar de la subjetividad femenina, lo que ha descrito a la perfección es la sexualidad masculina.¹⁵⁸

Podríamos decir que la Dora de Cixous se produce a partir de la *escritura femenina*, que matizará el tono de la voz que asume Dora quien, casi como un manifiesto en la última línea dice que se curará sola, pues se encuentra sola en un lugar extranjero. Y no es que el rechazo al sentido no haya sido parte de la experiencia clínica fundada por Freud, todo lo contrario. Sin embargo, sí existía una posición diferente de las histéricas frente al sentido que les aportaba, a manera de retorno, la escucha freudiana; si bien aparecían

¹⁵⁸ Ibid. p,29-30

estas dimensiones de rechazo al sentido, el mismo no era infranqueable. Esta es la diferencia con la Dora presentada por Cixous.

Pero recordemos que no es esta la histeria que capta la atención de Lacan para su comentario sobre la histeria rígida. Aun así, Vitale toma como centro de su análisis sobre la histeria la voz de Dora retratada en la obra, pese a que un retrato no conservará las cualidades o formas exactas de lo que trata de capturar, en tanto el resultado de tal empresa, es una imagen.

Estos no son los únicos desarrollos que pueden encontrarse sobre el asunto particular que trata este apartado, pues como consecuencia de lo desarrollado por Laurent también se ha dicho que, en el horizonte del psicoanálisis, se encuentra ya planteada la caducidad de la comprensión clásica de la histeria a favor de la emergencia de los cuerpos que hablan, pero sin ofrecer un mensaje que se encuentre buscando un sentido¹⁵⁹. Esto supone una interrogación por el analista y su lugar como interpretante, puesto que la apertura de sentido de su acto se plantea también como no necesaria.

A su vez, estas lecturas también hacen intersección con otras proposiciones teóricas de las cuales se extraen consideraciones que muestran, por ejemplo, el declive del significante paterno como una explicación sobre la emergencia de la rigidez del lado de la histeria, puesto que el mismo no es garante de una identificación posible, lo que dejaría al margen la necesidad de dirigir un mensaje cifrado vía el síntoma para el Otro. Ahora bien, sobre esto último, está también la consideración sobre la inexistencia del Otro, cuyo semblante ya no sería convocado como S2 que venga a dar sentido del lado del saber al síntoma histérico¹⁶⁰.

Si bien como se dijo [...] la presentación rígida de la histeria muestra, la prescindencia del nombre del padre [...], ¿por qué seguir llamándola histeria? [...] La época nos confronta a una histeria de “ensayo” permanente: repitiendo papeles pseudo obsesivos, antimísticos,

¹⁵⁹ Cecilia Rubinetti, “Histeria Sin Interpretante,” 2012, http://www.enapol.com/es/template.php?file=Textos/Histeria-sin-interpretante_Cecilia-Rubinetti.html.

¹⁶⁰ Nicolás Bousoño et al., “Histeria, Femeidad y Locura En Los Tiempos Del Otro Que No Existe,” *Anuario de Investigaciones* 23, no. 2 (2016): 33–37.

bipolares dem(a)níacos, de consumidoras de goces diversos o bien depresivos, anoréxicas de los plus de goce; pero que, en cualquier caso, muestran una rigidez que se opone a la plasticidad y flexibilidad de la solución histérica clásica.¹⁶¹

¿Qué queda de histeria en la histeria rígida? Esta interrogación emerge por cuanto pareciera ser una formulación que se presenta, a despecho de lo que, en estas posturas, se llama histeria clásica, en un esfuerzo formidable de articular sentidos que, curiosamente, siguen siendo convocados por la histeria. Con esto último puede afirmarse que quizá la función de lazo de la histeria, en tanto discurso, se sostiene.

“¿A dónde se han ido las histéricas de antaño?” Es una pregunta que insiste y resiste, y que, como vemos, sigue poniendo a trabajar al psicoanálisis y al psicoanalista, que no cesa de producir un saber y, sea dicho de paso, formula siempre una interrogación de la praxis analítica; esto puede ser entendido en términos de un fracaso, pues no hay una respuesta cerrada o totalizante. Este fracaso refiere, sin dudas, a lo que Lacan sitúa en “La tercera”, en tanto:

El sentido del síntoma depende del porvenir de lo real, por lo tanto, como dije en la conferencia de prensa, del éxito del psicoanálisis. [...] Pero entonces, si el psicoanálisis tiene éxito, se extinguirá hasta no ser más que un síntoma olvidado. Luego, todo depende de que lo real insista. Para ello, el psicoanálisis tiene que fracasar. Tenemos que reconocer que va por buen camino y que, por ende, tiene buenas probabilidades de seguir siendo un síntoma, de crecer y multiplicarse.¹⁶²

Entonces el porvenir del psicoanálisis depende de la insistencia de lo real, y la vigencia de la pregunta por el síntoma en la histeria -y lo que ella produce del lado de los psicoanalistas- es una garantía, al menos para el psicoanálisis, en tanto continúa abierta y va a permitir buscar siempre caminos, más que de respuesta, de escucha.

¹⁶¹ Jimena. Sanchez, “¿Desabonada Del Inconsciente? Algunas Puntuaciones Sobre La Histeria Rígida .,” *Acta Académica*, 2015, 579–81.

¹⁶² Lacan, “La Tercera.” p,85.

Por ahora, es posible presentar, a manera de conclusión global y como una suerte de recorrido-sentido, la siguiente síntesis gráfica:

Figura 2.6 Síntesis conceptual sobre la histeria a partir del síntoma en psicoanálisis

		Histeria			
		Por la vía de la conversión	Por la vía de la identificación	Por la vía de la repetición de Real	
En relación con el síntoma		Síntoma como mensaje "cuerpo que habla"	Síntoma como satisfacción sustitutiva	Límite de sentido del síntoma	
		Lacan → síntoma significante	Lacan → síntoma goce	Lacan → Ics. Real «<<Sinhome>>»	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Freud → Ics. Representación </div>		↓	
		Necesitan al Otro, como destinatario de mensaje, o para identificarse con él		Histeria sin partenaire, sin N. P	
		"La histeria siempre es de a dos" J. Lacan			Histeria incompleta, en su estado material ↓ Histeria Rígida
		N.P. sirve como tratamiento de goce por el significante			

Esta síntesis, muestra un recorrido que permite llegar a los trabajos y elaboraciones teórico/clínicas más recientes sobre la histeria en el campo psicoanalítico. Por supuesto, ello no agota el tema, dadas las diferentes rutas posibles para abordar la histeria. Lo que aquí se expone, son las conversiones conceptuales y teóricas, que ocurren alrededor de la histeria, teniendo como perspectiva de trabajo, al síntoma en psicoanálisis.

3. Capítulo 3 Histeria y discurso: sobre una insistencia hystórica

Se han expuesto hasta aquí algunas reflexiones que se construyeron a partir de la relación conceptual entre histeria y síntoma para extraer de ahí lo que puede considerarse una versión actualizada de la histeria en psicoanálisis. Lo anterior, como una forma de continuar con una ruta que hizo lo propio en el primer capítulo, para establecer el estatuto actual de la histeria en el discurso médico-psiquiátrico, tomando como referencia los manuales diagnósticos a través del tiempo.

Aun así, hace falta un elemento particular, que surge en la enseñanza de Jacques Lacan y que no es posible evadir dada su relevancia para la teoría psicoanalítica. En la teoría sobre los discursos, desarrollada a lo largo del seminario XVII entre 1969 y 1970, *“El reverso del Psicoanálisis”*, la histeria aparece como uno de los cuatro discursos que la reflexión lacaniana distingue en su propuesta estructural sobre los lazos sociales.

La importancia de esta versión discursiva de la histeria está en lo que expondrá a lo largo del presente apartado: su rasgo de insistencia y la capacidad de formularse como interrogante dirigido al Otro, interrogante que, al permanecer abierto o contar con una respuesta insuficiente del lado del saber, denota justamente una inconsistencia del lado del Otro, inconsistencia que aun hoy se hace manifiesta, gracias a las dificultades que le sigue suponiendo el encuentro con la histeria. Quizá ello explique por qué situar este capítulo al final del recorrido propuesto, para indagar sobre las condiciones de actualidad de la histeria. Si se tiene en cuenta que gracias a la cualidad de pregunta insistente que este tipo de neurosis sostiene, la reflexión sobre sus consecuencias actuales es una oportunidad para examinar lo que ella continúa promoviendo y provocando del lado del Otro, del saber y en el lazo social.

Así las cosas, a lo largo de este capítulo se considerará el lugar de la histeria como interrogante, teniendo en cuenta su estatuto de discurso, para reflexionar sobre las consecuencias de su insistencia a partir del análisis de un fenómeno particular acaecido en nuestro contexto, el cual, puede servir para dar cuenta de cómo la manifestación sintomática histérica representa aun hoy la expresión de una objeción al discurso del Otro.

3.1 La *hystórica* y el discurso

Es un hecho que la histeria ocupa un lugar privilegiado para el psicoanálisis, no solo por lo que ha significado a nivel teórico en el sentido de dar cuenta de los hechos de la vida psíquica de los sujetos hablantes sino, también, para la historia misma del movimiento psicoanalítico. La historia del surgimiento del psicoanálisis la encontramos retratada en los relatos clínicos freudianos; ellos componen quizás una suerte de memoria *histórica* sobre el descubrimiento del inconsciente.

No obstante, no es esta la razón central por la que se llega a vincular la histeria con la historia de forma tan particular como lo hiciera Lacan, pues su propuesta sobre el discurso histórico sostiene que: “[...] existe y existiría de todos modos, haya o no haya psicoanálisis.”¹⁶³ ¿No es esta acaso una referencia que permite situar inicialmente la relación historia-histeria? Es posible reflexionarlo de esta manera puesto que, al darle al discurso histórico cierta “independencia” del psicoanálisis permite sostener, por ejemplo, que, en las antípodas de los abordajes anteriores a Freud, la histeria ya se manifestaba como un enigma, un jeroglífico, un órgano viajero, una maldición del cuerpo, o una simple simulación. Por supuesto, la lectura freudiana de la histeria marcará el inicio del psicoanálisis, pero no por ello hay que establecer que todo está dicho sobre ella pues, bajo este mismo efecto “industrioso” -como decía Lacan- la histeria continúa fabricando a un “hombre que esta animado por el deseo de saber”¹⁶⁴.

¹⁶³ Lacan, "Ejes de la subversión analítica" Clase II: El amo y la histérica *El Seminario de Jacques Lacan : Libro 17 : El Reverso Del Psicoanálisis 1969-1970*. p.33

¹⁶⁴ Ibid. p. 34

Por tanto, puede entenderse que lo que la referencia señala es que la relación histeria-historia, puede ser independiente del psicoanálisis, mas no al contrario: "Si los síntomas neuróticos no existieran, no habría habido Freud. Si las histéricas no hubieran abierto el camino, no habría habido ninguna oportunidad de que incluso la verdad se insinuara."¹⁶⁵ Ello indica que, en el encuentro histórico de la histeria y el psicoanálisis, lo que se produce es la apertura de un resquicio que dio lugar a la emergencia de la verdad que brota de la vida inconsciente de los sujetos. En esto último pueda encontrarse quizá el matiz histórico de dicho encuentro, pues supuso la invención del psicoanálisis y su posterior sitio en el campo del saber cómo disciplina.

Ahora bien, Soler retoma el neologismo *hystoria* acuñado por Lacan para explicar que su uso no necesariamente implica que el curso de ciertos acontecimientos de la historia sea histórico, sino que "el curso de los acontecimiento se convierten en historia solo si son contados, relatados, [...] Dicho de otro modo, la *hystoria* solo existe por la cadena significativa, el *storytelling* como se dice hoy; [...] Solo hay historia por las historias que se relatan y las historias que se relatan no solamente hacen lazo social sino que ellas solo pueden relatarse en un lazo social."¹⁶⁶ Es provechosa entonces la similitud entre ambas palabras: histeria-historia que, vista así, no depende únicamente de la forma de escritura, sino de su vínculo significativo para el psicoanálisis: permite decir que las histéricas han venido contando sus historias desde siempre y, en tanto tal, el retrato de la histeria no solo puede ser histórico, sino que el mismo puede seguirse temporalmente a través de los cambios de su manifestación fenoménica; para cada época histórica hay un correlato entre la histérica y su síntoma, lo cual les otorga el carácter de *hystóricas*.

Pero esta es solo una forma de abordar esta relación matizada por el significativo. Soler va a insistir en que Lacan llama en francés *hystériques* (que traduce *hystóricas*) a las histéricas en la medida en que el inconsciente de la histeria relata historias¹⁶⁷. Este

¹⁶⁵ Jacques Lacan, "De la apuesta de Pascal" Clase X: Las tres matrices, en *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 16, De Un Otro Al otro*, 1st ed., vol. 16 (Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1968). p.151

¹⁶⁶ Colette Soler, "Amorosos, Socráticos, Hystóricos," en *¿Qué Es Lo Que Hace Lazo?*, 1st ed. (Bogotá, Colombia, 2018), 186. p.80.

¹⁶⁷ Ibid.

inconsciente historizado no es otro que el *inconsciente estructurado como un lenguaje* que, para la autora, también es útil en tanto que marca el lindero que lo separa del inconsciente real puesto que este último: “no relata nada, él hace emerger elementos parasitarios en la palabra, la conducta, la cadena de la vigilancia, de lapsus a síntoma, pasando por el acto fallido y el sueño”¹⁶⁸ Este vínculo significativo encontró otras vías adicionales a la palabra para relatar sus acontecimientos vitales: el cuerpo como campo de escritura también permitió otra lectura en la que Freud aparece como un original intérprete. Precisamente lo anterior, permite una interpretación que se orienta en dos sentidos:

“[...] En primer lugar que la histeria cuenta historias. La expresión contar historias es equívoca, ella quiere decir a la vez mentira y lo que es más interesante, la puesta en forma de la cadena significativa. En segundo lugar, eso dice que la histeria ella misma es histórica ya que fluctúa a merced de la historia social, especialmente a merced de los cambios que afectan el S1, el significante amo, su partenaire. [...] Para las épocas que nos han precedido, Lacan ha puesto claramente en evidencia que no hay una histeria, sino muchas, catalogables en el pasado. [...] La estructura de lazo social histérico, al cual Lacan le ha dado el matema no cambia, él es trans-histórico.”¹⁶⁹

Algunas consecuencias de la cita anterior: puede localizarse un doble relato, la histeria se narra del lado del discurso, con sus manifestaciones siempre cambiantes de acuerdo con el significante amo, y por otro, desde la singularidad, se narra a partir de la incidencia de lo inconsciente y el significante. Por otra parte, hay en la dimensión discursiva de la histeria una condición estructural que no cambia, y es ahí donde también puede señalarse un rasgo de insistencia: por ser constante, no cesa de inscribirse en el lazo social. Es algo que requiere de mayor precisión: como se sabe, la estructura del *cuadrípodo* que aporta Lacan en el seminario XVII comprende cuatro lugares sobre los cuales giran los elementos que definen la dinámica del discurso: el lugar del *agente*, *el otro*, *la producción* y *la verdad*, y los cuatro elementos que componen el sistema: *S1*

¹⁶⁸ Ibid. p. 81.

¹⁶⁹ Colette Soler, “La Hys-Terique,” in *¿Qué Es Lo Que Hace Lazo?*, 1st ed. (Bogotá, Colombia, 2018), 186. p.83.

(significante amo), S2 (significante saber), a (plus o resto), \$ (el sujeto dividido), los que se disponen gráficamente de la siguiente manera:

Figura 3.1 Cuadrípodo del discurso y sus lugares

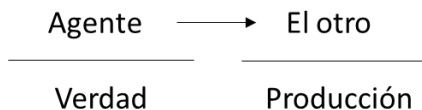


Figura 3.1 Producción de los cuatro discursos de J. Lacan

A partir de la definición de estos cuatro lugares funcionales, Lacan enseña las posibilidades de articulación del lazo social, teniendo en cuenta que la operación que supone el movimiento dextrógiro indicado por la flecha, indica un desplazamiento de los elementos a razón de un cuarto de giro, definiendo así diferentes discursos. A su vez, la lectura respecto a esta propuesta indica la intervención del agente dominante sobre el otro, relación de la cual se extrae un producto y efectos a nivel de la verdad. Vale la pena recordar que para Lacan estas relaciones entre los elementos ubicados en la matriz del discurso se mantienen por el lenguaje, y por lo tanto, las mismas dependen inicialmente de la relación fundamental entre significantes. Lacan lo escribiría de la siguiente manera:

“[...] consideramos S1 y la batería de los significantes, designada por el signo S2. Se trata de los significantes que ya están ahí, mientras que en el punto de origen en el que nos situamos para establecer qué es el discurso, el discurso en su estatuto de enunciado, S1 debe considerarse como el significante que interviene. Interviene sobre una batería de significantes que nunca, de ningún modo, tenemos derecho a considerar como dispersa, como si no formara ya la red de lo que se llama un saber. [...] Esta fórmula dice que en el preciso instante en que interviene S1 en el campo ya constituido por los otros significantes en la medida que se articula ya entre ellos como tales, al intervenir sobre otro, sobre otro sistema, surge esto \$, que es lo que hemos llamado el sujeto en tanto dividido. [...] Finalmente, hemos acentuado desde siempre que de este trayecto surge algo que se define como una pérdida. Esto es lo que designa la letra que se lee como el objeto a.”¹⁷⁰

Sin embargo, ello no condensa todo lo que es consecuencia de la intervención del significante. Se advierte también que el saber que se estructura a partir de la relación

¹⁷⁰ Jacques Lacan, Producción de los cuatro discursos, en *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 17, El Reverso Del Psicoanálisis*, 1st ed. (Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1969). p.11-13.

significante entre S1 y S2, no corresponde al campo del saber en tanto conocimiento, sino de un saber que es límite de goce del Otro. Lacan expone lo siguiente, veamos:

“[...] El saber es lo que hace que la vida se detenga en un cierto límite frente al goce. Puesto que el camino hacia la muerte -de eso se trata, de un discurso sobre el masoquismo-, el camino hacia la muerte no es nada más que lo que llamamos el goce. Hay una relación primaria del saber con el goce, y ahí se inserta lo que surge en el momento en que aparece el aparato que corresponde al significante. Por eso es concebible que vinculemos con esto la función del surgimiento del significante.”¹⁷¹

Ahora bien, de lo que se trata es de establecer un lugar para lo que se introduce por el encuentro fundamental del significante y lo real, en tanto que señala una pérdida que se produce a nivel de lo irrecuperable representado por el objeto *a*. Lacan fundamenta esta operación en los desarrollos freudianos, por supuesto matizados por su propia producción, y en este punto plantea:

“Una vez surgido S₁, primer tiempo, se repite ante S₂. De esta puesta en relación surge el sujeto, representado por algo, por cierta pérdida [...] llamé plus de goce a este objeto [...] Esto significa que la pérdida del objeto es también la hiancia, el agujero que se abre a algo que no se sabe si es la representación de la falta de goce, que se sitúa por el proceso del saber en tanto este adquiere un acento muy distinto, porque desde entonces es saber escandido por el significante.”¹⁷²

A partir de esta operación o incidencia del significante, Lacan va a introducir el goce dentro de su lógica para establecer el saber como un medio de goce: “En este discurso, el sujeto se encuentra vinculado, con todas las ilusiones que eso comporta, con el significante amo, mientras que la inserción en el goce se debe al saber”. En esta cita Lacan se refiere al discurso del amo, mismo que le es útil para situar la primera forma estructural del lazo social. A partir de este discurso entonces, se habilita el movimiento en la matriz que permite el desplazamiento de los elementos, de los que derivarán las otras

¹⁷¹ Ibid. p.17.

¹⁷² Ibid. p.18.

tres formas de discurso, que a razón de un cuarto de giro son: el discurso histérico, el discurso universitario y el discurso del analista.

Figura 3.2 Discurso del amo

$$\begin{array}{ccc} S_1 & \longrightarrow & S_2 \\ \hline \$ & & a \end{array}$$

Figura 3.2 Fórmula establecida por J. Lacan para representar el discurso del amo¹⁷³

No obstante, ello no esclarece por completo la lectura que se desprende del discurso del amo, y Lacan se vale de la tesis hegeliana de la dialéctica del amo y el esclavo para explicar la incidencia y la relación de los elementos entre sí y con los lugares que ocupan en la matriz. La lectura lacaniana sobre este asunto particular retoma la cuestión de la muerte como eje de la relación entre amo y esclavo para situarla a nivel de la relación significativa. Si bien para Hegel el resultado de la lucha a muerte por el reconocimiento es el sometimiento de uno de los términos enfrentados, lo que origina una relación de servidumbre, para Lacan la conclusión va a ser radicalmente diferente. Del trabajo del esclavo movilizado por la agencia del amo se produce el objeto *a*; sin embargo, y al mismo tiempo, dicho movimiento tiene como efecto la emergencia de la verdad del amo, en tanto dividido, castrado como sujeto. En efecto, la emergencia de esa verdad es subsidiaria de la demanda constante del amo, que no se satisface con el producto que entrega el esclavo; el esclavo es poseedor de un saber, el cual será el objeto deseado y del cual quiere apropiarse el amo.

¿Qué implica entonces el giro de los elementos sobre la matriz? No solo la producción de otra modalidad de discurso sino, como vemos, una posibilidad de lectura de la estructura del lazo social, ahora histérico.

¹⁷³ Lacan, *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 17: El Reverso Del Psicoanálisis 1969-1970*. p.29.

Figura 3.2 Discurso de la histérica

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Figura 3.2 Fórmula establecida por J. Lacan para representar el discurso de la histérica¹⁷⁴

Así las cosas, lo que aparece en este discurso es el sujeto dividido agenciando la intervención sobre el amo; es la histérica quien obtiene del amo un saber a nivel de la producción y, a su vez, establece una relación entre saber y goce; goce que se ha desplazado al lugar de la verdad a causa del saber producido. Es justamente por esto último que Lacan dirá que: “[...] lo que conduce al saber no es el deseo de saber; lo que conduce al saber es -concédanme un plazo más o menos largo para que lo justifique- el discurso de la histérica.”¹⁷⁵ En efecto, lo que comanda en el discurso histérico es el deseo de saber; así lo menciona Soler, teniendo en cuenta que la proposición de Lacan sobre la histeria, a nivel del discurso, establece un más allá de su presentación clínica, a nivel del síntoma, en tanto que es capaz de producir un lazo a partir del deseo: “[...] en lo referente a lo propio de la histeria, se podría decir, es que la histeria no se caracteriza por el deseo sino por el hecho de situarlo en el lugar del semblante, lugar que comanda el orden del discurso.”¹⁷⁶ Lo anterior puede ser una constatación de un elemento particular que Lacan menciona en otro texto, pero que al mismo tiempo sitúa la operación de la histérica en el discurso: “[...] la histérica es el sujeto dividido, dicho de otro modo, es el inconsciente en ejercicio, que pone al amo frente a la apuesta de producir un saber.”¹⁷⁷ En esta cita extraída del texto *“Radiofonía”*, Lacan propone que es justamente el discurso de la histérica lo que impulsa a la ciencia.

¹⁷⁴ Ibid. p.29.

¹⁷⁵ Ibid. p.22.

¹⁷⁶ Soler, “Amorosos, Socráticos, Hystóricos.”p,70.

¹⁷⁷ Jacques Lacan, *Radiofonía en Otros Escritos*, Paidós, 2012. P, 460

Según lo anterior, puede decirse que el deseo que anima al saber en la ciencia se orienta, desde la propuesta lacaniana, por la estructura del discurso histérico. Sobre este asunto Soler afirma:

“Cuando Lacan dice que el discurso de la ciencia tiene casi la misma estructura que la del discurso de la histeria, eso se comprende puesto que la ciencia pone bien el Uno a trabajar para producir el saber, lo cual podría justificar el hablar de la histeria científica. Pero, el Uno de la histeria científica no es el Uno de la histeria socrática y tampoco el Uno de la histeria freudiana, con lo cual los efectos de producción de esta estructura, la histérica, pueden ser muy variados. Esto es lógico ya que el S1, el significante amo partenaire cambia en la historia y la histeria se identifica en el Otro.”¹⁷⁸

Esta es una consideración importante: que el deseo en el discurso histérico aparezca también al comando de la estructura del discurso, introduce la dimensión de la insistencia y su condición trans-histórica; por un lado, porque habilita una forma de lazo social y, por otra, puesto que va develar la impotencia del Otro a pesar de la producción de un saber. En el capítulo titulado “*El amo castrado*” del seminario XVII, Lacan va a escribir el deseo en el lugar del semblante o comandando la matriz del discurso; ello parte de lo que el discurso psicoanalítico, en tanto reverso del discurso del amo, permite evidenciar: que hay inconsciente que se presenta como una forma de saber, cuestión que no logrará articularse con el discurso de la ciencia.

Pues bien, el discurso analítico se especifica, se distingue por plantear la pregunta de para qué sirve esta forma de saber que rechaza y excluye la dinámica de la verdad. Primera aproximación: sirve para reprimir lo que habita en el saber mítico. Pero al mismo tiempo, al excluir a este último ya no puede conocer nada, salvo en la forma de lo que encontramos bajo las especies del inconsciente, es decir, como ruinas de dicho saber, bajo la forma de un saber disjunto. Lo que va a reconstituirse de este saber disjunto no retornará de ningún modo al discurso de la ciencia ni a sus leyes estructurales. [...] Este saber disjunto, tal como lo encontramos en el inconsciente, es extraño al discurso de la

¹⁷⁸ Soler, “La Hys-Terique.” p,85

ciencia. Y por eso precisamente es chocante que el discurso del inconsciente se imponga. [...] A esto se le llama inconsciente. Se impone a la ciencia como un hecho.¹⁷⁹

Es algo que Lacan enseña, que de la relación signifiante fundamental $S_1 - S_2$ emerge el sujeto del inconsciente, eminentemente dividido. Lacan trabaja lo anterior no únicamente como constatación de lo que ocurre al encuentro de los elementos del discurso y lo que ello define, sino también para situar sus funciones.

Figura 3.3 Funciones del discurso

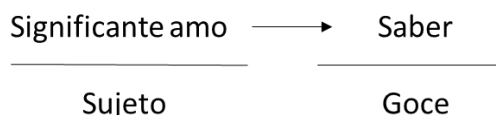


Figura 3.3 Formula en la que se ubican funciones en el cuadrípodo del discurso¹⁸⁰

Lo que en esta clase se muestra es la posibilidad de establecer diferentes emplazamientos sobre el discurso, que se definen por la rotación de sus elementos; en este sentido Lacan sitúa el emplazamiento del deseo, en el lugar del semblante, cuando se produce el cuarto de giro que da origen al discurso de la histeria.

Figura 3.4 Emplazamiento del deseo

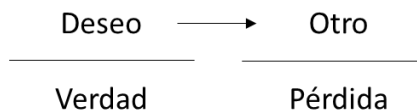


Figura 3.3 Formula en la que se ubica el deseo al comando del discurso¹⁸¹

Lacan explica:

El lugar que figura debajo del deseo es el de la verdad. Debajo del Otro, está el sitio donde se produce la pérdida, la pérdida de goce de la que extraemos la función del plus

¹⁷⁹ Lacan, *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 17, El Reverso Del Psicoanálisis*. p.95.

¹⁸⁰ Ibid. p.97.

¹⁸¹ Ibid. p.98.

de goce. Aquí toma todo su valor el discurso de la histérica. Tiene el mérito de mantener en la institución discursiva la pregunta por lo que constituye la relación sexual, a saber, cómo un sujeto puede sostenerla o, por el contrario, no puede sostenerla. En efecto, la respuesta a la pregunta por saber cómo puede sostenerla es la siguiente -dándole la palabra al Otro y precisamente como lugar del saber reprimido. Lo interesante es esta verdad, que lo que constituye el saber sexual se da como algo enteramente extraño al sujeto. [...] el discurso de la histérica revela la relación del discurso del amo con el goce, en la medida en que el saber ocupa el lugar del goce. El propio sujeto, histérico, se aliena por el significante amo como sujeto al que este significante divide - al que, en masculino, representa al sujeto -, este sujeto que se opone a hacerse su cuerpo.¹⁸²

Resulta imprescindible la precisión de la cita para situar, no solo los efectos de dicho emplazamiento del deseo en el lugar del semblante, sino para establecer de qué saber se trata, y de lo que opera la histérica frente al amo. Soler va a mencionar al respecto que, si bien resulta común escuchar que el partenaire de la histérica es el amo, este último estructuralmente posee una encarnación significativa que clarifica en las figuras de: “[...] el amo, el maestro, el padre, el hombre.” De esta serie que se abre, la autora muestra que el saber del que se trata en el discurso histérico no responde a las lógicas del saber que se incluyen en el discurso del amo antiguo, ni del saber del lado de la ciencia; Lacan lo advierte en la cita anterior, es de la histeria el mérito de sostener a nivel de discurso una pregunta sobre la relación sexual, de este saber se trata; sin embargo, también señalará que es un saber inconsciente. En este sentido, en tanto que el saber sobre lo sexual le resulta extraño al sujeto, el mismo se sostiene como una pregunta, una pregunta formulada desde lo inconsciente. Esta indicación permite decir que la insistencia histórica de la histeria, como interrogante, si bien ha logrado empujar al Otro a producir un saber, ello no brinda una respuesta sobre lo que “constituye la relación sexual”. Sabemos que en la escucha freudiana hay una diferencia, puesto que el saber que tuvo lugar a partir de ella permitió la emergencia del saber inconsciente. Ello no significa que el psicoanálisis provea una respuesta definitiva a la pregunta trans-histórica de la histeria, puesto que, de ser así, carecería de interés saber qué lugar ocupa ella en la actualidad.

¹⁸² Lacan, *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 17, El Reverso Del Psicoanálisis*. p,98.

Soler sostiene que la histérica 'consiste' por el inconsciente, y que aquello que descubre Freud es que la histérica ha de hacer de su padre el S1, del que Lacan menciona, es su armazón:

"[...] pero armazón que ella no sabe, sustraído de la consciencia. ¿Cómo sabe uno que esto no llega a su consciencia? Por el hecho que es solamente en sus síntomas, en el mensaje de sus conversiones una vez ellas descifradas y que Freud ha leído -y que uno puede leer- el amor por su padre; de donde Freud ha concluido en el Edipo. [...] Veamos lo que llega a la consciencia de los sujetos histéricos concerniente a su padre, lo cual es más bien todo lo contrario del amor en apariencia. ¿No es de su boca que se oye regularmente y bajo una forma deplorable, el discurso más rebajado sobre el padre, ese padre insuficiente, en falta de deseo o del *falicismo* que ella o él han tenido? Al menos a la inversa ella denuncia el goce del padre [...] Este discurso consciente que estigmatiza la imagen rebajada por falta de deseo en los casos no es verdaderamente el discurso de un amor."¹⁸³

Sin dudas, ello indica lo que de la histeria ha aprendido el psicoanálisis desde Freud, pero en clave de lo que Lacan sitúa de ella a nivel del discurso. Por tanto, si recordamos a Dora, se entiende fácilmente a qué se refiere la autora cuando señala la forma de denuncia de una imagen rebajada del Padre y que, para el caso del discurso histérico, vendría a ocupar el lugar del Otro.

Ahora bien, ¿qué sostiene al deseo en el lugar del semblante como emplazamiento en el discurso histérico? Por un lado, se encuentra que la histeria objeta la demanda del Otro a nivel del cuerpo puesto que, a diferencia del esclavo, ella no cede su cuerpo "[...]sustrayéndose como objeto de su deseo."¹⁸⁴ Lacan se vale nuevamente del caso Dora para evidenciar ahí dicho movimiento: "[...] cuando el señor K. le dice: *Mi mujer no es nada para mí*. Es muy cierto que en este momento se le ofrece el goce del Otro y ella no lo quiere, porque lo que ella quiere es el saber cómo medio del goce, pero para que sirva a la verdad, a la verdad del amo que ella encarna como Dora. Y esta verdad, para

¹⁸³ Soler, "La Hys-Terique." p.89.

¹⁸⁴ Lacan, *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 17, El Reverso Del Psicoanalisis*. p,99.

decirlo de una vez, es que el amo está castrado.”¹⁸⁵ Que el amo produzca un saber, a causa de la “*huelga*”¹⁸⁶ de cuerpo que la histeria le propone, revela la insuficiencia de dicho saber para resolver el interrogante que se le ha planteado sobre la relación sexual. Sobre este asunto particular, Soler rescata lo que Lacan expresa en el abordaje del deseo histérico en el discurso: el rechazo de goce. La autora sostiene:

[...] Lacan no dijo inmediatamente huelga del cuerpo. Al principio, habla de la famosa “escapada” histérica que preside la falta de fe en su intriga, percibida por Freud, y que tuvo por efecto descompletar al otro, el partenaire. Es por lo cual la histeria, cuando ella es mujer, es constantemente acusada de ser coqueta. Sustrayéndose como objeto, objeto plus de gozar que dirige el deseo, la histérica mantiene el lazo del deseo, es decir, de falta, que la satisfacción por el objeto pretendido podría apagar.¹⁸⁷

Y agrega más adelante que la histérica “se consagra a hacer desear, y hacer desear no es satisfacer la apetencia.”¹⁸⁸ Argumento de la autora que se explica bajo la lógica del planteamiento que Lacan cita a propósito de la identificación histérica, la cual: “[...] recae sobre el deseo, es decir, sobre la falta tomada como objeto, y no sobre la causa de la falta”¹⁸⁹. Según lo anterior, es posible comprender cómo es justamente la dimensión del deseo la que habilita un lazo de la histérica con el Otro; no es simplemente su partenaire, es con quien ha de vincularse a partir de un deseo insatisfecho de una manera paradójica, al promover la insatisfacción del deseo en el Otro y, a su vez, identificándose con ese deseo insatisfecho. Es esta especie de circuito que opera el discurso de la histérica que, al negar su cuerpo como objeto de goce demandado por el Otro, sostiene un deseo insatisfecho y produce como pérdida, del lado del Otro, un saber insuficiente frente a la dimensión inaccesible del goce, enmarcada como verdad del lado del objeto a.

¹⁸⁵ Ibid. p. 101.

¹⁸⁶ Ibid. p. 99.

¹⁸⁷ Soler, “Amorosos, Socráticos, Hystóricos.” p,76

¹⁸⁸ Ibid. p.77.

¹⁸⁹ Lacan, J., “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos” en Otros escritos, p,584 citado en Soler, “Amorosos, socráticos, hystóricos” p.76

3.2 La huelga del desmayo

Como ‘brote de etiología no especificado’ fue catalogado por varios medios de comunicación e informes médico investigativos un evento ocurrido en el municipio del Carmen de Bolívar del departamento de Cartagena hacia el año 2014, en el cual estaban involucradas jóvenes mujeres de entre 14 y 17 años de edad pertenecientes al colegio “Espíritu Santo”, quienes después de la aplicación preventiva de la vacuna contra el papiloma humano, desarrollaron cuadros clínicos consistentes en: “[...] desmayo, taquicardia, dificultad respiratoria y parestesias (adormecimiento) de manos y piernas.”¹⁹⁰. Inicialmente, según la literatura existente sobre el caso, se estudió la posibilidad de que existiese un envenenamiento colectivo por el consumo de agua en bolsa (se sugirió la posibilidad de la presencia de plomo) y paquetes de frituras, que eran otro elemento común para los casos reportados. Si bien inicialmente se pensó que sería un caso aislado correspondiente a una reacción adversa al medicamento en una población de 15 niñas, según lo reportado por diarios nacionales que cubrieron la noticia en la época: “[...] el Instituto Nacional de Salud comprobó que, en El Carmen de Bolívar, entre enero y agosto del 2014, 517 niñas de 17 colegios que habían sido vacunadas contra el virus del papiloma humano presentaron los mismos síntomas de las del colegio Espíritu Santo.”

Las cifras reportadas, dado el número de casos en el que se presentó alguna reacción sintomatológica frente a la vacuna, ubicó el fenómeno como de interés para la comunidad médica nacional, que se apostó a investigar más a fondo. Sin embargo, se desestimó desde el inicio que los cuadros clínicos desarrollados por las jóvenes fueran el resultado de una reacción adversa a la vacuna contra el VPH; de hecho, una de las investigaciones recoge en sus antecedentes el resultado de varias revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos, derivados del uso de la vacuna en cuestión, resaltando que no existe suficiente

¹⁹⁰ M Martínez et al., “Brote de Evento de Etiología Desconocida En El Municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014,” *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* 20, no. 3–4 (2015): 42–77, [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN vol 20 2015 num 3_4.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%202015%20num%203_4.pdf). p.43.

evidencia que soporte la tesis de que la vacuna produce efectos negativos sobre la salud de las mujeres a quienes se les aplica.¹⁹¹

Mientras las investigaciones se llevaban a cabo, el efecto social del fenómeno en esta población era de aparición diaria en noticieros nacionales, periódicos y revistas de amplio reconocimiento. Podía advertirse, en varias de las imágenes, jóvenes mujeres desvanecidas sobre los brazos de sus familiares, ingresando a diferentes centros de salud; entrevistas a personal médico de la población que mencionaban que los casos estaban en evaluación y que algunos requerirían ser remitidos a hospitales de más alta complejidad. Según reportaje del diario El Tiempo, los familiares se organizaron para demandar del estado la atención necesaria de sus hijas puesto que, a pesar de que pasó el tiempo, muchas de ellas continuaban sintiéndose aquejadas de salud por el ahora supuesto efecto adverso que la vacuna les causó a nivel orgánico. Con el tiempo se establecieron demandas contra del Estado que aglutinaron a más de 800 casos reportados en el país, para que se hiciera cargo de los efectos de dicho medicamento, que se suministró de manera gratuita en EPS y centros de salud¹⁹².

Sin embargo, el estudio adelantado durante más de seis meses por el Instituto Nacional de Salud, entregó un resultado lapidario -por llamarlo de alguna forma- frente a las creencias y pretensiones de la población afectada, que encontraba en la vacuna la única respuesta al enigma que representaban sus hijas, hermanas o familiares enfermas. Dicho estudio tomó referencias contextuales, geográficas, médicas (exámenes clínicos, paraclínicos, historial clínico, consumo de sustancias, análisis de muestras orgánicas, entre otros) y otras, incluso relativas a prácticas o ritos de índole 'espiritual'. Su muestra, compuesta por más de 600 casos, abarcó casi la totalidad de consultas médicas reportadas por circunstancias similares a las del grupo inicial de chicas del colegio Espíritu Santo. Sobre los síntomas comunes el informe indica:

¹⁹¹ Carlos Fernando Grillo-Ardila, "El Carmen de Bolívar: Una Lección Que No Debemos Olvidar," *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 65, no. 3 (2014): 198, <https://doi.org/10.18597/rcog.46>.

¹⁹² Yolanda Gomez, "Vacuna Contra El Papiloma: Caso Desmayos de Niñas En Carmen de Bolívar - Archivo Digital de Noticias de Colombia y El Mundo Desde 1.990 - Eltiempo.Com," *El Tiempo*, 2014, <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16606101>.

[...] Las manifestaciones clínicas más frecuentemente reportadas como efectos de la vacunación con VPH fueron eritema en el sitio de la aplicación, náusea, mareos y desmayos (20). Para el caso de las niñas y adolescentes de El Carmen de Bolívar las náuseas mostraron una mayor frecuencia en las niñas con antecedente de haber recibido al menos una dosis de vacuna, en comparación con la población sin este antecedente, el resto de las manifestaciones clínicas se distribuyeron de la misma forma en los dos grupos.¹⁹³

Las conclusiones resaltaron, por un lado, la existencia de factores de riesgo asociados a las dificultades sociales, económicas y de salud, resultado de la falta de cobertura para las necesidades básicas de saneamiento, como también a nivel educativo. Sin embargo, en atención a los hechos clínicos, el informe establece que no hay evidencia médica que permita sostener que los síntomas que aparecieron con posterioridad a la aplicación de la vacuna contra el VPH sean el resultado de un efecto adverso a la misma, como tampoco son concomitantes a un posible envenenamiento por niveles elevados de plomo en la sangre de los pacientes.

Estos resultados, recogidos luego por autoridades médicas, produjeron los siguientes pronunciamientos del Instituto Nacional de Salud:

En la gran mayoría de los casos no hay una enfermedad orgánica de base que explique los síntomas, por lo tanto, creemos que la mayoría de los casos corresponden a lo que llamamos un evento sociógeno masivo [...] Una vez se generalizó que la vacuna podía ser la causa de la enfermedad de las primeras 20, 25 niñas que tuvieron el evento, otras niñas pudieron empezar a sentirse en un riesgo exagerado de desarrollar alguna enfermedad similar. [...] Y a través de la observación, porque esto se presentó agregado en colegios, se fue generalizando el fenómeno.¹⁹⁴

¹⁹³ Martínez et al., “Brote de Evento de Etiología Desconocida En El Municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014.” P,72.

¹⁹⁴ Arturo Wallace, “¿El Fin Del Misterio de Las Niñas Colombianas Desmayadas? - BBC News Mundo,” *BBC Mundo*, 2015, https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/01/150122_colombia_informe_ninas_desmayadas_aw.

Bajo estos resultados, se vio precarizada la atención en salud a las menores aquejadas por los síntomas. Ahora, el panorama les resultó más dramático, puesto que la falta de soporte médico objetivo dejó a las pacientes en un limbo asistencial del que se derivaron otro tipo de enfermedades que las han llevado incluso a la ideación o intento suicida. Aquí algunos apartes de las entrevistas recogidas a las pacientes:

Algunas niñas de El Carmen de Bolívar han intentado suicidarse. Se sienten cansadas del maltrato que les produce la enfermedad y de que en las urgencias escasamente les den un suero y un calmante. “Estoy aburrida de que me traten de loca y no me den una solución”, dice una de ellas. “Ya estaba aburrida de tantos desmayos y que mi vida ya no fuera la misma de antes”, contó otra. En Bogotá, Juliana Vera, una joven de 19 años, que ha tenido cuatro hospitalizaciones, una con coma inducido en abril del 2016, la marcó el trato que le dio un neurólogo que la increpó a levantarse de la cama cuando había perdido la movilidad de las piernas. “Párese, ¿qué hace ahí acostada?”, dice Juliana que le gritó, antes de salir a decirle a su papá que “esa niña está fingiendo y que su familia es disfuncional. Ha sido triste y denigrante. No es fácil verse uno a los 19 años en una cama de hospital, inconsciente todo el tiempo, orinándose en los pantalones en el colegio y que encima de todo le digan a una que tiene problemas psicológicos; eso enloquece a cualquiera”.¹⁹⁵

Estos elementos parecen suficientes para exponer un caso, cuyas particularidades nos permiten pensar la dimensión de actualidad de la histeria. Sin duda el psicoanálisis ofrece algunas herramientas de lectura de este fenómeno, pero el ejercicio es ilustrativo de algunas ideas presentes en el trabajo realizado hasta este punto. No podría decirse que se trata de un análisis clínico exhaustivo, pues faltarían muchos elementos que permitieran emprender una empresa de esa índole, que contase con el rigor suficiente para sostenerse a nivel, por ejemplo, de historiales clínicos.

Lo que se advierte es una constatación de ciertos puntos tratados desde el primer capítulo: en primera instancia, que el desplazamiento de la histeria como categoría clínica para la medicina, la lleva nuevamente a ocupar el lugar de una simulación. Los datos para pensar que se trata de una manifestación de la histeria en este caso saltan a

¹⁹⁵ Ibid.

plena vista: se trata de una enfermedad con síntomas que no responden a un correlato orgánico, tal como los estudios lo confirman. Pero hay otro hecho indicativo, la precarización de la atención, la escucha desinteresada que linda con el uso de epítetos peyorativos para las pacientes cuyos síntomas, siendo estos una causa real de sufrimiento, son desestimados, ignorados o, en los mejores casos, tratados por analgésicos. ¿No hay aquí todo un campo de investigación para el psicoanálisis? No por sostener un hallazgo que permita decir: “¡la histeria todavía existe!” creo que lo abordado hasta este punto hace innecesario un esfuerzo de este tipo. Es algo que se sostiene por sí solo. Más bien, es necesario subrayar que, nuevamente, es el papel del inconsciente el que sigue siendo un terreno abandonado por el discurso de la ciencia, que no lo incluye, pese a que sus manifestaciones no cesan de hablarle.

Justamente, esta dimensión de interrogación incesante que instauro el discurso de la histeria, y que según se advertía, remite a lo que constituye la relación sexual, deja de responderse a favor de un saber que se orienta únicamente por la base biológica de la enfermedad. Lo que es posible constatar, frente al caso que se presenta, es que lo que habla son los números en los diferentes informes, lo que reduce el cuerpo al dato, a ser un contenedor de signos que se explican casi en la misma medida de lo que explicaría la medicina clásica: es un caso de histeria colectiva. Este diagnóstico lacónico es casi trágico para las pacientes, puesto que indica que su sufrimiento, por un lado, carece de todo interés médico, lo que significa que no habrá otro esfuerzo que trate de curarlas; y por otro, las deja a merced de un sistema de salud que no está preparado para atenderlas.

Lo que el psicoanálisis ha aprendido sobre la histeria permite decir que falta mucho aún por esclarecer en lo que respecta a este caso, puesto que las explicaciones únicamente versan sobre el componente objetivo que da lugar al diagnóstico médico del lado de la mirada y la prueba.

Sí es posible advertir que, pese a las fuertes campañas que se implementan para que tanto niñas como jóvenes mujeres tomen como medida preventiva la vacuna, dicha información ha sido tomada como mandato o demanda frente a sus cuerpos. Lo que se alcanza a advertir, con la poca información recogida y existente frente a este fenómeno, es que hay en este caso una huelga de cuerpos que se desvanecen, que se desmayan

frente a la demanda de un Otro que es vivida por la comunidad como intrusiva. Por ello el Informe del Instituto Nacional de Salud es enfático en señalar la necesidad de mejorar las formas en las cuales llegan las campañas a este tipo de comunidades. Sin embargo, y dado el alcance que tomó la noticia a nivel nacional, el hecho ya ha instaurado un manto de duda frente a la aplicación de las vacunas.

Si tomamos en cuenta que en la identificación histérica hay una forma de hacer con el síntoma que proviene del otro, podríamos aventurar un análisis que nos lleve a las formas como ello tuvo lugar. Sin embargo, pensando en la pregunta que ha orientado a este trabajo, dado el propósito de ubicar la histeria en su condición actual, podría decirse que lo actual de la histeria, más allá de su manifestación fenoménica, es su carácter de interrogación al saber constituido por el Otro del discurso científico. El caso en cuestión, es apenas ilustrativo de ello.

4. Conclusiones

Indiscutiblemente, el abordar la historia en psicoanálisis, implica una revisión documental que incluso está más allá de las fronteras de la disciplina inaugurada por Freud, pues se trata de una tarea realizada innumerables veces por diferentes autores, y trabajada en diferentes escenarios desde distintas voces y aristas. En este sentido, ha significado un reto encontrar un matiz de novedad al escribir este trabajo, al realizar un recorrido tan transitado y abonado por las ideas de distintos psicoanalistas y pensadores afines, e incluso, opositores al pensamiento freudo-lacanian. Dicho esfuerzo, orientado por una pregunta que buscó ubicar teóricamente lo actual del síntoma histérico, no solo desde posturas provenientes del psicoanálisis, sino desde aquellas que también se encuentran con este padecimiento desde el saber médico-psiquiátrico, sigue siendo insuficiente en tanto que la historia será siempre cambiante- lo que, en suma, explica ese interés permanente sostenido en el tiempo, y la prolífica producción intelectual, teórica y clínica que de él se desprende. En consecuencia, las conclusiones aquí escritas no solo representan dicho recorrido, sino también la visión particular emergente del autor al realizarlo.

Figura 4.1 Grafiti historia historia



Figura 4.1 Consigna que acompañó las manifestaciones del denominado “8M” en 2020¹⁹⁶

¹⁹⁶ “No Somos Histéricas, Somos Históricas’: Las Postales Que Dejó La Multitudinaria Marcha Del 8M,” accessed April 9, 2021, https://www.cnnchile.com/8m/imagenes-postales-marcha-8m-historica_20200308/.

La imagen anterior corresponde a un grafiti escrito durante las manifestaciones del denominado "8M", conmemorando el día internacional de la mujer. Su contexto y motivaciones, lógicamente no corresponden al tema que ocupó el presente trabajo; sin embargo, leerlo desde la perspectiva del psicoanálisis y, más aún, teniendo en cuenta la enseñanza de Lacan, recuerda el equívoco que se produce entre las palabras histeria e historia y sus consecuencias. Desde el capítulo inicial, y siguiendo la brújula del síntoma histérico, se trazó justamente un recorrido histórico del tratamiento que sobre él hiciera el saber médico psiquiátrico, y las tensiones concomitantes con el psicoanálisis. Apoyado en las tesis de M. Foucault, dicho capítulo, escrito bajo los términos de evolución, destitución y fragmentación de la histeria en el campo de la medicina y la psiquiatría, no solo muestra el proceso de decantación diagnóstica para la histeria y su óptica epistémica particular, hasta llegar a su formulación actual, sino también sus efectos, en términos de dificultad, analizados como insistencia que no cesa de inscribirse en estas prácticas clínicas, cuando de abordar el padecimiento histérico se trata. De lo anterior dan cuenta las múltiples publicaciones revisadas que van desde los problemas asociados al uso en la clínica médico-psiquiátrica de los manuales diagnósticos, hasta la superposición fenoménica entre los diferentes trastornos en los que se encuentra dividido el cuadro histérico actualmente. Si bien las formas médicas de abordar el padecimiento histérico cambiaron a lo largo de la historia, y con ello variaron las etiquetas diagnósticas en las que se captura y categoriza su manifestación sintomática, se logra identificar que pese al avance del discurso médico soportado en la ciencia, permanece una dificultad que, en relación con la histeria, no se ha logrado superar.

De esta manera, la tarea se orientó a presentar la lectura más actualizada del síntoma histérico en la perspectiva médico-psiquiátrica, teniendo en cuenta las lógicas diagnósticas y su variación a lo largo del tiempo. Siendo este el trayecto marcado, se consideró válido realizar un recorrido de similar índole, pero en el campo del psicoanálisis. En este punto, el segundo capítulo abordó los fundamentos teórico-clínicos del psicoanálisis en su encuentro con la histeria, tomando sin embargo también al síntoma como eje articulador, lo que permitió extraer desde las referencias freudianas y lacanianas, hasta las lecturas de psicoanalistas más contemporáneos, aquello que se puede considerar el estado más actualizado en el que estos últimos encuentran al

síntoma histérico. Particularmente en este capítulo, se puntualizaron los abordajes realizados por distintos investigadores y/o psicoanalistas sobre las versiones teórico-conceptuales de la histeria que, al mismo tiempo, muestran una serie de conversiones y variaciones que particularmente emergen a partir de los postulados que sobre la histeria y el síntoma formulara J. Lacan. Justamente, de los últimos años de su enseñanza, se extrae la que es considerada una noción novedosa de la histeria actualmente: Lacan, retomando la representación teatral de Dora de H. Cixous, desarrolla de manera breve, en el nudo borromeo, una proposición de la histeria que se sostiene sin la intervención de un cuarto nudo, a la que denomina como rígida. Las interpretaciones sobre esta proposición son variopintas, de tal forma que se presentan no solo aquellos desarrollos teóricos de psicoanalistas contemporáneos derivados de aquella, sino que se buscó una interlocución a partir de la siguiente premisa: la histeria rígida puede ser entendida también como una forma de ejemplificar la posibilidad de existencia de un nudo de tres, que se sostiene rígidamente, antes de la intervención de un cuarto nudo suplementario (sinthome), como en el caso de Joyce. Ello conduce a una conversación con aquellos postulados que tratan a la histeria rígida como una nueva entidad clínica en psicoanálisis, tomando como referencia a Lacan y lo que se ha trabajado en virtud de lo que se conoce como la declinación del nombre del padre, la caída de los ideales o el Otro que no existe.

Finalmente, el trabajo en el último capítulo reseña la histeria en su estatuto discursivo, para mostrar a partir de ahí su rasgo de insistencia histórica, como una forma de objetar al Otro a partir de su manifestación sintomática. Particularmente, se retoma el caso de la enfermedad que aquejó a algunas mujeres colombianas con motivo de la aplicación de la vacuna del VPH, para ilustrar la forma en que un síntoma sin soporte orgánico representa dicha objeción; cuerpos cuya manifestación enigmática todavía hoy suponen una encrucijada para el saber médico y el discurso científico, que solo es posible resolver, llamándolos nuevamente, cuerpos simuladores. Es evidente que, pese al estado de avance del saber tecno-científico, para el cual no existe la agencia de lo inconsciente sobre los sujetos, quienes encarnan los ahora llamados síntomas clásicos de la histeria, están condenados al ostracismo de cualquier tratamiento posible en los sistemas de salud pública, al menos en Colombia, lo que no da un lugar a su sufrimiento. Las manifestaciones sintomáticas de la histeria en la actualidad siguen siendo múltiples, y

dependen del amo a quien respondan, sea este en su versión moderna o antigua, que aun hoy, con el caso ilustrativo, puede decirse, coexisten.

Bibliografía

- Allsopp, Kate, John Read, Rhiannon Corcoran, and P. Kinderman. "Heterogeneity in Psychiatric Diagnostic Classification." *Psychiatry Research* 279, no. July (2019): 15–22.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>.
- Amoruso, Lucía, and Mariano Bruno. "Breve Revisión de La Primera Conceptualización Freudiana Sobre La Histeria." *Perspectivas En Psicología* 7, no. 1 (2010): 45–52.
- Askofaré, Sidi. "Del Síntoma Al SINTHOME." In *Clinica Del Sujeto y Del Lazo Social*, 1st ed., 89–102. Bogotá: Colección Estudios de Psicoanálisis, 2012.
- Berger, Frédérique. "Symptôme... Σύμπτωμα ... Sumptoma *." *Desde El Jardín de Freud: Revista de Psicoanálisis* 3986 (2012): 93–106.
- Bernal, Laura. "Un Análisis Ético Del DSM-5." *Integritas: Revista de Ética* 2 (2018): 70–86.
<https://doi.org/10.1097/00002093-198802020-00022>.
- Bousoño, Nicolás, María Mazzoni, Gabriela Arca, and Fabián Naparstek. "Histeria, Femenidad y Locura En Los Tiempos Del Otro Que No Existe." *Anuario de Investigaciones* 23, no. 2 (2016): 33–37.
- Braunstein, N. *Clasificar En Psiquiatría*. Edited by Siglo XXI Editores. 1st ed. Mexico, D.F.: Siglo veintiuno editores, 2013.
- Cardona, Herwin Eduardo. "El Tratamiento de La Histeria a Finales Del Siglo Xix y El Agujero de La Ciencia Médica." *Desde El Jardín de Freud: Revista de Psicoanálisis* 3986, no. 12 (2012): 293–310.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635406&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4635406>.
- Carvajal, Miguel Enrique. "Recorrido de La Teoría Freudiana Sobre La Histeria En La Psiquiatría Norteamericana." *Affectio Societatis* 10, no. 18 Junio (2013).
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/15615>.
- Casarotti, Humberto. "La Realidad de La Histeria En La Evolución de La Psiquiatría." *Rev Psiquiatr Urug* 70, no. 2 (2006): 109–17.
- Castro Korgi, Sylvia De. "Anudamientos Sintomáticos: Aproximaciones Al Síntoma a Través de Los Registros I.S.R." In *Versiones Del Síntoma*, 1st ed., 93–116. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2019.
- Cruz, Carlos, and Mariela Rodríguez. "La Histeria Clásica y Moderna: Una Visión Sinóptica Parte II Diagnóstico," no. July (2017): 248–57.
- Echeburúa, Enrique, Karmele Salaberría, and Marisol Cruz-Sáez. "Aportaciones y Limitaciones Del

- DSM-5 Desde La Psicología Clínica." *Terapia Psicológica* 32, no. 1 (2014): 65–74.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>.
- . "Aportes y Limitaciones Del DSM-5 Desde La Psicología Clínica." *Terapia Psicológica* 32 (2014): 65–74. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>.
- Faravelli, Carlo, Giovanni Castellini, Monica Landi, and Andrea Brugnera. "Are Psychiatric Diagnoses an Obstacle for Research and Practice? Reliability, Validity and the Problem of Psychiatric Diagnoses. The Case of GAD." *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 8, no. 1 (February 28, 2012): 12–15. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010012>.
- Fasano, Cecilia. "El Síntoma En La Ruta Del Goce." Blog de la seccion La Plata - EOL, 2013.
<http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/el-sintoma-en-la-ruta-del-goce/>.
- Foucault, Michel. *El Nacimiento de La Clínica. Una Arqueología de La Mirada Médica*. 20th ed. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores, 1953.
- Freud, Sigmund. "16a Conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría." In *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III). Obras Completas Vol. XVI*, edited by Amorrortu Editores, 223–34. Amorrortu editores, n.d.
- . "17a Conferencia: El Sentido de Los Síntomas." In *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III). Obras Completas Vol. XVI*, 235–49, 1913.
- . "19a Conferencia: Resistencia y Represión." In *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III). Obras Completas Vol. XVI*, 262–76, 1915.
- . "23a. Conferencia. Los Caminos de La Formación de Síntoma." In *Conferencias de Introducción Al Psicoanálisis (III). Obras Completas Vol. XVI*, 326–43, 1913.
- . *Estudios Sobre La Histeria (1893-1895)*, 1893. [http://www.bibliopsi.org/docs/freud/15 - Tomo XV.pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/freud/15-Tomo XV.pdf).
- . "Histeria." In *Publicaciones Prepsicoanalíticas y Manuscritos Ineditos. Obras Completas. Vol I*, 71–95, 1888.
- . "La Represión." In *Trabajos Sobre Metapsicología y Otras Obras (Tomo XIV)*. Amorrortu editores, 1915.
- . "Las Neuropsicosis de Defensa." In *Obras Completas. Volumen III*, edited by Amorrortu, 41–68. Amorrortu editores, 1894.
- . "Observación de Un Caso Severo de Hemianestesia En Un Varón Histérico." In *Publicaciones Prepsicoanalíticas y Manuscritos Ineditos. Obras Completas. Vol I*, 1:23–36, 1886.
- Freud, Sigmund. *Fragmento de Analisis de Un Caso de Histeria (Dora) Tres Ensayos de Teoria Sexual y Otras Obras. Sigmund Freud Obras Completas*, 2011.
- . *Más Allá Del Principio de Placer, Psicología de Las Masas y Análisis Del Yo y Otras Obras*.

- Obras Completas, Tomo XVIII*, 1920. <https://doi.org/10.1017/UPO9781844654666.021>.
- . *Moisés y La Religión Monoteísta. Esquema Del Psicoanálisis y Otras Obras. Sigmund Freud Obras Completas*, 1939.
- Galiussi, Romina, and Claudio Godoy. "La Histeria: Tipo Clínico y Estructura." Accessed July 30, 2020. <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369147944050.pdf>.
- García Zabaleta, Omar. "Los Problemas y Limitaciones Del DSM-5." *Dilemata*, no. 27 (2018): 367–91.
- Godoy, Claudio. "La Histeria Histórica." *Acta Académica*, 2006.
- Godoy, Claudio. "Histeria, Historia e Inconsciente." *Acta Académica*, 2007, 128–30.
- Goldstein, Mirta. "Los Dos Reales y Sus Consecuencias Clínicas." Asociación Psicoanalítica Argentina, 2010. <https://www.apa.org.ar/Cientifica/Espacios-de-autor/Espacio-Lacan/Los-dos-reales-y-sus-consecuencias-clinicas>.
- Gomez, Yolanda. "Vacuna Contra El Papiloma: Caso Desmayos de Niñas En Carmen de Bolívar - Archivo Digital de Noticias de Colombia y El Mundo Desde 1.990 - Eltiempo.Com." *El Tiempo*, 2014. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16606101>.
- Grillo-Ardila, Carlos Fernando. "El Carmen de Bolívar: Una Lección Que No Debemos Olvidar." *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 65, no. 3 (2014): 198. <https://doi.org/10.18597/rcog.46>.
- Indart, Juan C. *La Histeria Sin Nombre Del Padre*. Buenos Aires, Argentina: Grama, 2014.
- Korgi, Sylvia De Castro. "S??ntoma y Discurso: Las Ense??anzas de 'la Moral Sexual "cultural" y La Nerviosidad Moderna.'" *Universitas Psychologica* 11, no. 2 (2012): 631–44. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000200024.
- la Mata, I. De, and A. Lobo. "Industria Farmacéutica y Psiquiatría." *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003. <https://doi.org/org/10.4321/S0211-57352004000100008>.
- Lacan, Jacques. "Breve Discurso a Los Psiquiatras." *E-Diciones de La École Lacanienne de Psychanalyse, Inédito, Traducción y Notas de Ricardo E. Rodríguez Ponte*, 1967, 1–34. <http://e-diciones-elp.net/images/secciones/novedades/L-67-11-10.pdf>.
- . "Conferencia En Ginebra Sobre El Síntoma." In *Intervenciones y Textos 2*, 1st ed., 144. Manantial, 2010.
- . *El Objeto Del Psicoanálisis*. Inédito, 1966.
- . *El Seminario de Jacques Lacan : Libro 17 : El Reverso Del Psicoanálisis 1969-1970.*, 2008.
- . *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 16, De Un Otro Al*. 1st ed. Vol. 16. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1968.

- . *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3, Las Psicosis*, n.d.
- . *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 4, La Relación de Objeto*. Edited by Paidós. 7th ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós, n.d. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- . *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5, Las Formaciones Del Inconsciente*. Paidós, n.d.
- . *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7, La Ética Del Psicoanálisis. El Seminario de Jacques Lacan*. Paidós, n.d.
- . *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 17, El Reverso Del Psicoanálisis*. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1969.
- . *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 20, Aun*. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1972.
- . *El Seminario de Jaques Lacan. Libro 23, El Sinthome*. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1975.
- . *Escritos 1*. 2nd ed. Madrid, España: Siglo XXI, 2009.
- . *Escritos 1. Paidos*. 2nd ed. Vol. 53. Siglo XXI, 2009. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- . *Otros Escritos. Paidos*, 2012.
- . “Palabras Sobre La Histeria.” *Quarto (Suplemento Belga de La Lettre Mensuelle de l'École de La Cause Freudienne)* 2 (1978): 17.
- . “Seminario Libro 24 Lo No Sabido Que Sabe de Una-Equivocación Se Ampara En La Morra,” 1977.
- . *Seminario R.S.I. Inédito*, 1975.
- Lacan, Jaques. *Escritos 1*. Edited by Siglo XXI. 3rd ed. Vol. 1. Mexico: Siglo XXI editores, S.A. de C.V. , 197AD. <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-1-jacques-lacan.pdf>.
- . “La Tercera.” In *Intervenciones y Textos 2*, 1st ed., 73–108. Buenos Aires, Argentina: Manantial, 2010.
- Laurent, Eric. “Hablar Con El Propio Síntoma, Hablar Con El Propio Cuerpo,” 2012. http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html.
- Laurent, Éric. “Conferencia «El Sinthome».” *Psicoanálisis Inédito*, 2012.
- Lutereau, Luciano. *Histeria y Obsesion*. 3rd ed. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva, 2016.
- Martínez, M, A Estévez, H Quijada, D Walteros, N Tolosa, A Paredes, C Álvarez, et al. “Brote de Evento de Etiología Desconocida En El Municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014.”

- Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* 20, no. 3–4 (2015): 42–77.
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN vol 20 2015 num 3_4.pdf.
- Mazzuca, Roberto, Eduardo Canónico, María de los Ángeles Esseiva, and Santiago Mazzuca. "Versiones Psicoanalíticas de La Histeria." *Anu. Investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires*, 2008, 73–80. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a39.pdf>.
- Michel Foucault. *El Nacimiento de La Clínica*, 1953.
- Miller, Jacques-Alain. "Reflexiones Sobre La Envoltura Formal Del Sintoma," n.d.
- Negro, Marcela. "Función Del Sintoma En La Estructura Psíquica," 2009, 1–8.
- "'No Somos Histéricas, Somos Históricas': Las Postales Que Dejó La Multitudinaria Marcha Del 8M." Accessed April 9, 2021. https://www.cnnchile.com/8m/imagenes-postales-marcha-8m-historica_20200308/.
- North, Carol S. "The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations." *Behavioral Sciences* 5, no. 4 (2015): 496–517. <https://doi.org/10.3390/bs5040496>.
- Pichot, Pierre, Juan J López-Ibor Aliño, and Manuel Valdés Miyar. "DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales," 1995.
<https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>.
- Ramos, Javier. "Fibromialgia:¿ La Histeria En El Capitalismo de Ficción?" *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, no. 89 (2004): 115–28.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100008.
- Roudinesco, Elisabeth. *Freud: En Su Tiempo y En El Nuestro*. Debate, 2014.
- Rubinetti, Cecilia. "Histeria Sin Interpretante," 2012.
http://www.enapol.com/es/template.php?file=Textos/Histeria-sin-interpretante_Cecilia-Rubinetti.html.
- Sanchez, Jimena. "¿Desabonada Del Inconsciente? Algunas Puntuaciones Sobre La Histeria Rigida ." *Acta Académica*, 2015, 579–81.
- Soledad, Maria, Paula Sofía, Quiroga Castellano, Valeria Werner, María Soledad, Maria Soledad, Paula Sofía, et al. "Una Aproximación a La Conceptualización de La Histeria En Su Relación Con La Posición Sexuada , Desde La Perspectiva Del Psicoanálisis." *Acta Académica*, 2014, 150–53.
- Soler, Colette. "Amorosos, Socraticos, Hystóricos." In *¿Qué Es Lo Que Hace Lazo?*, 1st ed., 186. Bogotá, Colombia, 2018.
- . "La Histeria, Su Lengua, Sus Dialectos.," 2003, 1–23.
- . *La Histeria, Su Lengua, Sus Dialectos y Sus Vinculos*. Edited by Matilde Pelegrí and

- Montserrat Pera. 1st ed. Barcelona: Publidisa, 2003.
- . “‘La Histeria Histórica.’ Colette Soler (Entrevista Octubre 2015) | Tertulias Lacanianas - Ricardo Vergara/Editor.” Accessed April 8, 2020.
<http://tertuliaslacanianas.blogspot.com/2016/02/la-histeria-historica-colette-soler.html>.
- . “La Hys-Terique.” In *¿Qué Es Lo Que Hace Lazo?*, 1st ed., 186. Bogotá, Colombia, 2018.
- . *La Querella de Los Diagnósticos*. Edited by Leandro. Salgado and Pablo. Pleusner. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva, 2009. <https://vdocuments.mx/download/la-querella-de-los-diagnosticos-colette-soler>.
- Soria, Nieves. “Reinventar El Psicoanálisis, Reinterrogar La Histeria.” *Desde El Jardín de Freud* 3986, no. 15 (2015): 49–63. <https://doi.org/10.15446/dfj.n15.50487>.
- Toledo, Mauricio, and Ramiro Almada. “Paradigmas Psiquiátricos y Psicofarmacología. ¿Relevancia Del Órgano-Dinamismo de Henry Ey?” *Conocimiento y Sociedad* 8, no. 2 (n.d.): 258–81.
- Uribe, Carlos Alberto. “La Controversia Por La Cultura En El DSM-IV,” 2000.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n4/v29n4a03.pdf>.
- Vidal, José. “Histeria Rígida, ¿una Nueva Categoría Clínica?” Accessed May 5, 2020.
<http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio->.
- Vilar, Natalia Torres. “Los Procesos de Identificación En El Trabajo Del Actor,” n.d., 27–69.
- Wallace, Arturo. “¿El Fin Del Misterio de Las Niñas Colombianas Desmayadas? - BBC News Mundo.” *BBC Mundo*, 2015.
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/01/150122_colombia_informe_ninas_desmayadas_aw.