



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Trabajo Final de Grado:

*“Releyendo la histeria,
un recorrido a través del tiempo”*

Estudiante: Antonella Castellaro,

Tutora: Prof. Tit. Dra. Susana Martinez.

Revisora: Prof. Tit. Dra. Magdalena Filgueira

Montevideo, junio 2024.

ÍNDICE:

| | |
|--|----|
| Introducción | 4 |
| Antecedentes históricos de la histeria | 5 |
| La histeria dentro del psicoanálisis Freudiano | 8 |
| Las maniobras de la histeria: una relectura desde Foucault | 14 |
| Histeria desde Lacan: identificación y deseo | 18 |
| Nuevas perspectivas sobre la histeria | 21 |
| El síntoma como cultural | 24 |
| La histeria, ¿una manifestación femenina? | 28 |
| Comentarios finales | 29 |
| Referencias bibliográficas | 31 |

Resumen:

La histeria ha tenido diferentes interpretaciones y abordajes terapéuticos a lo largo de la historia, siendo influenciada por el contexto cultural de cada época.

Desde la presente monografía se realiza un recorrido histórico explorando las diversas posturas y teorías adoptadas a lo largo del tiempo en el entendimiento de la histeria. Recorrido que pretende una lectura crítica y orientada abordando la incidencia de los prejuicios e ideales de cada época.

El objetivo es examinar y cuestionar las diversas posturas adoptadas en el desarrollo histórico de la psicología en relación a la patología explorando su relevancia en el psicoanálisis y las prácticas actuales.

“¿Dónde quedaron las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N?

Ellas jugaron no solamente cierto rol, un rol social cierto, pero cuando Freud se puso a escucharlas, fueron ellas las que permitieron el nacimiento del psicoanálisis. Es a partir de su escucha que Freud inauguró un modo enteramente nuevo de relación humana.”

Lacan, 1977

Introducción:

La histeria de conversión se caracteriza por la presencia de sintomatología física o somática que transgrede el saber médico y de la academia, pues no posee una explicación mediante causas orgánicas, es del encuentro de la histérica y de Freud, quien decide escucharla, que nace el Psicoanálisis.

Es el cuerpo de la histérica quien le exhibirá al psicoanálisis la existencia de un sujeto fragmentado, dividido en su conflictiva, consciente e inconsciente. Un sujeto cuya conciencia está limitada pues es gobernada por una instancia de su ser que él mismo desconoce: el inconsciente, que se revela a través de diversas formaciones como los actos fallidos, los sueños, y síntomas. Mediante el estudio de estos últimos la aproximación diagnóstica psicoanalítica elaborará una psicopatología basada en tres grandes estructuras clínicas: neurótica, psicótica y perversa.

Desde la presente monografía se tomará como eje la neurosis histérica, y se organizará el trabajo en un recorrido por la obra freudiana, recorrido que presentará una lectura crítica y orientada que no solo se basará en los contenidos de la elaboración teórica sino, en la incidencia de los los prejuicios y saberes de cada época.

La histeria es fundadora de la disciplina psicoanalítica, tanto como de una forma de hacer clínica -desde la palabra- como de una noción de sujeto -inconsciente-. La historia de la histeria se ve inevitablemente entre cruzada con la historia del psicoanálisis mismo, la historia de la histeria toca inevitablemente las raíces de los conceptos de inconsciente, represión, trauma y síntoma neurótico, como también se enlaza en la génesis de la asociación libre.

Con el devenir del tiempo y el advenimiento de la investigación científica sobre el desarrollo de las patologías mentales y la creación de una serie de manuales diagnósticos, la psiquiatría americana fue ganando influencia en el terreno del diagnóstico de los trastornos mentales. Esto ha llevado a que hoy en día el término "histeria" haya caído en desuso, siendo desglosado en varios trastornos por la psiquiatría y sus manuales DSM y CIE. Desde el presente trabajo se abordará una problematización de este hecho, y de como pensarlo en la clínica actual.

El psicoanalista actual asiste a una clínica muy distinta de la que Freud formó parte en su época, el sujeto cambia y nuestras prácticas se ven inevitablemente afectadas. Como menciona Foucault (1984) cada época, cada sociedad, cada tiempo está sujeto a un

sistema particular de enunciación, y hay límites implícitos que marcan lo que se puede o no enunciar. Los cambios emergen en relación a una discursividad que define qué es lo normal y lo anormal, lo permitido y lo prohibido siguiendo las ideas de este filósofo Francés.

El objetivo de la presente monografía es analizar y cuestionar las diversas posturas adoptadas en el desarrollo histórico de la psicología en relación a la problemática de la histeria, llegando al psicoanálisis y su clínica actual.

Antecedentes históricos de la histeria:

Vasta y antigua es la historia de la histeria. Esta paradigmática enfermedad generó controversias desde los comienzos de la medicina, interpelando tanto a médicos como a pensadores.

Etimológicamente el término “histeria” proviene de la palabra griega “Hysteron” que significa útero. Antiguamente se diagnosticaba únicamente en mujeres y su desarrollo estaba vinculado íntimamente a su organismo. Remontando a sus orígenes, se encuentra en el documento médico más antiguo hallado, un papiro egipcio descubierto en 1900 a.C donde se refieren a esta enfermedad denominándola “perturbaciones del útero” (Serrano, Martín y Mancilla, 2017).

Esta primera idea de la enfermedad cómo imputable a un órgano femenino: el útero, fue aceptada por algunas culturas hasta los principios del siglo XX. La teoría mantenía que cuando este órgano se encontraba en estado de inanición, manifestaba su descontento desplazándose errante por el cuerpo de la mujer, y así provocaba los síntomas más molestos: bloqueaba los conductos del alimento, impedía la respiración aplastando los pulmones, golpeando el corazón producía palpitaciones, y generaba dolores y enfermedades varias. (López, 2006, p.2).

Platón planteaba el útero cómo un animal que vivía en la mujer con el deseo de tener hijos, cuando ello no sucedía el mismo se vengaba del cuerpo produciendo malestares. Los tratamientos que se planteaban iban en correspondencia con esta idea de la histeria: se intentaba persuadir al útero para que vuelva a su lugar, el procedimiento se podía realizar desde arriba haciendo ingerir a la enferma distintos productos nauseabundos, o bien desde abajo insertando dulces o perfumes balsámicos por su vagina. (López, 2006, p.2)

López (2006) menciona cómo Hipócrates planteaba otro posible tratamiento: se aconsejaba tomar esposo lo más rápido posible. De esta forma, se otorgaba al hombre y más concretamente a su órgano, un papel fundamental: tendría el poder terapéutico de curar a la enferma.

Llegando a la edad media se vivió una época donde el predominio fueron los temas espirituales y la concepción de histeria es fuertemente influida por el cristianismo. El papel otorgado a la sexualidad en esta enfermedad se volvió inadmisibles, y por las manifestaciones características de la histeria y especialmente a partir de sus crisis -que emulaban crisis convulsivas-, daba la impresión de que las enfermas estaban “poseídas por espíritus”. Los síntomas se tradujeron como un mal que se apoderaba de las mujeres,

quienes comenzaron a concebirse como brujas que actúan bajo “influencia del diablo”. Durante esta época los tratamientos se amoldaron a esta concepción respondiendo a tratados demonológicos que definían procedimientos judiciales y condenas, se aplicaron torturas como la hoguera y el exorcismo. Sin embargo, a fines de XVI, los médicos ya desafiaban la inquisición planteando a las “poseídas” como enfermas mentales (Serrano et al., 2017).

Llegando al periodo del renacimiento, la concepción del mundo y el hombre cambia radicalmente: se pasa de las explicaciones religiosas a un entendimiento basado en la ciencia y las pruebas de los fenómenos. El entendimiento del hombre y su comportamiento comienza a alejarse de la iglesia para volver al terreno de la medicina, disciplina que se apropia de este trastorno buscando la causa orgánica del mismo. En este contexto la histeria adquiere poder como diagnóstico y patología. Los hospitales comienzan a llenarse de mujeres histéricas, lo que llama la atención de los profesionales de esta época, y la medicina vuelve sobre la sexualidad como centro esencial de la enfermedad, planteando a la histérica como una mujer que se ve en necesidad de mantener relaciones sexuales para mantenerse sana. Las pacientes debían someterse a un tratamiento llamado “masaje pélvico”, el cual consiste en la estimulación de los genitales manualmente por parte del médico o la matrona hasta hacerle llegar al orgasmo, en esta época se denominaba “paroxismo histérico” (Serrano et al., 2017).

En el siglo XVII comienzan desde el campo de la neurología las investigaciones sobre el sistema nervioso, la histeria en este marco comienza a pensarse como una perturbación de este sistema y se concibe en relación al órgano cerebral.

Charcot señala por entonces, que la histeria es una enfermedad nerviosa con origen orgánico y hereditario. A partir del trabajo con hipnosis hace aparecer y desaparecer síntomas, así designa a los mismos como psíquicos con origen orgánico. (De Battista et al., 2013, p. 106).

En el mismo contexto se enmarcan las discusiones y discordancias de Pierre Janet sobre la histeria, quien concibe que los síntomas de la histeria nacen de una disociación de la personalidad por un estrechamiento de la conciencia. Por entonces también Babinski, neurólogo francés, hizo su aporte al campo, probando que las parálisis histéricas difieren de las orgánicas (Mazzuca, 2005).

Tal como fue expuesto, la concepción de la histeria cambió y se transformó a lo largo de la historia acomodándose a los modelos culturales, prácticas y teorías del momento. Alrededor

de la histeria, ocurre una lucha por la verdad, se disputa la concepción de salud y patología sobre todo en predominio de lo médico que determina que es lo anormal y lo enfermo.

La percepción de este trastorno ha evolucionado desde sus raíces en la filosofía griega y las interpretaciones antiguas, pasando por su etapa marcada por creencias espirituales y legales de la Edad Media, hasta ser repensada bajo el prisma de la medicina y neurología a partir del Renacimiento. Este viraje refleja un movimiento desde un entendimiento basado en el género y la superstición hacia una perspectiva científica que busca las causas orgánicas del trastorno.

Se debe tener presente que cada época, cada sociedad, cada tiempo, está sujeto a un régimen de enunciación y de visibilidad, como lo plantea Foucault (1984), y que hay límites implícitos que marcan lo que se puede o no enunciar.

La historia de la histeria, ilustra cómo las diferentes categorías diagnósticas y su forma de ser entendidas por la ciencia, están embuidas de normas, estructuras de poder y, particularmente en este trastorno, por sesgos de género.

Este recorrido no sólo ejemplifica la mutabilidad de las categorías diagnósticas, sino también cómo éstas reflejan y perpetúan dinámicas de poder en la sociedad. Los modos de entender la noción de histeria, como cada patología, están en constante transformación y en íntima relación con los paradigmas que rigen un cierto momento, así como Díaz (2022) lo remarca “las verdades están siempre en movimiento, podemos acompañarlas en esos movimientos o no” (p. 186).

Pero, ¿Solo ha cambiado los modos de entender la histeria? ¿o es que los modos de histeria han cambiado también? Según Díaz (2022), quien sigue las ideas de Paul B. Preciado, “los cuerpos incluyendo el de las mujeres son atravesados por paradigmas políticos-científicos, y estas influencias son tan poderosas que terminan por escribir y grabarse físicamente en los cuerpos dando lugar a la identidad de las personas” (p.187). Pero para poder aproximarse a una respuesta más amplia, indudablemente se debe continuar con el recorrido propuesto en esta monografía.

LA HISTERIA DENTRO DEL PSICOANÁLISIS FREUDIANO:

Un padecer enigmático y el advenimiento de un nuevo método.

Sigmund Freud fue un médico y neurólogo austriaco, nacido en Freiberg, actual República Checa, el 6 de mayo de 1856. Freud desarrolló teorías revolucionarias sobre la estructura psíquica de los individuos, la dinámica de su personalidad, sus sueños, la etiología y el tratamiento de los trastornos psicológicos que fueron indispensables para el entendimiento de la histeria.

En 1885, mientras Freud, se encontraba cursando sus estudios de neurología en la Universidad, recibió una beca que le permitió dedicar seis meses para investigaciones en París y Berlín.

Por entonces, en la academia francesa habían emergido dos importantes corrientes en el estudio de la histeria y la hipnosis con ideas contrapuestas: la escuela de Nancy, liderada por Bernheim, y la escuela de la Salpêtrière, dirigida por Jean-Martin Charcot. Mientras Bernheim veía la hipnosis como un estado de sugestionabilidad accesible a cualquier persona, Charcot la consideraba una herramienta clínica útil solamente en pacientes histéricos, viendo el estado hipnoide como una manifestación más de la enfermedad misma (Delor, s.f).

Esta divergencia en la comprensión de la hipnosis y la histeria sentó las bases para los futuros desarrollos en psicología, y si bien Sigmund Freud eligió como sede de su estadía el asilo de la Salpêtrière, también se encontró con esta encrucijada durante su formación.

Charcot practicaba la hipnosis como método de experimentación, buscando leyes de formación del síntoma histérico a partir de la producción artificial de estos mediante el hipnotismo de sus enfermos. Freud asistió a sus cátedras y destacó en varios escritos el carácter cautivante que tuvo en él la persona de este médico, siendo así que a poco tiempo de haber arribado a Francia decidió renunciar a los estudios anatómicos para enfocarse en el trabajo con la histeria.

Los trabajos de Charcot hasta el momento, habían ayudado a sacar a la histeria de los estigmas y prejuicios, sobre todo los vinculados a su asociación exclusiva al género femenino y su vinculación con la simulación, planteando sus manifestaciones como genuinas y ubicándola como una plena enfermedad.

Jean Martin, halló un grupo de signos distintivos somáticos logrando definir el diagnóstico de histeria según tres elementos esenciales: el ataque, los estigmas permanentes -

anestias, hiperestias, anomalías del campo visual, etc.- y las manifestaciones neuromiméticas (Maleval, 1994).

Los pacientes que Charcot hipnotizaba en sus cátedras presentaban cuadros de “grandes histerias”, caracterizadas por ataques histéricos con fases epileptoide, de grandes movimientos donde se encontraban posturas de arco y contorsiones, y una fase alucinatoria -de actitudes pasionales-. En ellas se observaban grupos de síntomas tan variados en los que se incluían: convulsiones, alucinaciones, anestias, hiperestias, parálisis y afasias, teniendo la particularidad de presentarse desde el exceso y con extrema movilidad (Freud, 1888). Se asistía por entonces a una clínica de la mirada y la observación metódica de los fenómenos, propiciada por los dispositivos implementados para transmitirla como lo eran las presentaciones de enfermos que Charcot llevaba a cabo con sus alumnos (De battista, et al, 2013).

Freud mantuvo con él un intenso intercambio de ideas, del que llegó a emanar uno de sus trabajos titulado “Comparación de la sintomatología histérica con la orgánica” (1888). En el mismo Freud diferencia clínicamente las parálisis orgánicas, cómo aquellas que responden a la anatomía del sistema nervioso, de las histéricas, que ignoran y entran en contradicción con dicha anatomía, abriendo paso a “otra anatomía” por descubrir. Ubica la lesión al nivel de la representación que el paciente tiene de su cuerpo, demostrando cómo las parálisis histéricas se regían por la concepción vulgar que el sujeto tiene de su cuerpo y no por la distribución anatómica en sí (Freud, 1893).

La hipótesis de Charcot hasta el momento había sido que los síntomas histéricos responden a lesiones orgánicas que no dejaban precisamente huellas en la anatomía, según él, se trataba de lesiones dinámicas o funcionales. Por su parte, Freud en su teoría mantenía que la representación del órgano afectado se encuentra cargada de un valor afectivo excesivo que no pudo tramitarse por la descarga motriz ni el trabajo asociativo.

Freud, intenta ir más allá de la mera descripción de la enfermedad en búsqueda de una explicación del mecanismo operante en los trastornos histéricos (De battista, et al, 2013).

En 1889 Freud viaja a la escuela de Nancy, cambio que tuvo que ver con el desinterés de Charcot sobre la psicología de la neurosis y también por el anhelo de un método terapéutico que Freud no había encontrado en la Salpêtrière y a lo que Bernheim se había estado dedicado hasta entonces.

Luego de su viaje a la escuela de Nancy, Freud adhiere a la tesis de que todos los sujetos son hipnotizables y dirá que el valor de la hipnosis reside en la sugestión que durante ella se imparte “instituye en sí y por sí un aumento del imperio del alma sobre el cuerpo” (Freud,

1890- 129). Este viraje implicó un nuevo uso de la hipnosis y una nueva senda de investigación: la curación de los síntomas por el tratamiento causal (Delor, s.f., p.7). En este contexto Freud dirá que, desde el comienzo mismo practicó la hipnosis con otro fin además de la sugestión hipnótica (Freud, 1925- 1924), fin que refiere al rastrear el origen de los síntomas histéricos.

La obra freudiana no fue una creación ex nihilo, sino que encontró sus antecedentes en los avatares acontecidos entre la presentación del síntoma histérico y la oferta terapéutica del momento (De battista et al, 2013). Los antiguos métodos de intervención ya expuestos, y sus obstáculos, marcaron el caudal del cual se desprendería el método analítico que Freud propondría. Pero, ¿qué fue lo que diferenció la posición freudiana para dar espacio a esta nueva creación?

Para comenzar, es de tener en cuenta el alejamiento de Freud de su maestro Charcot tanto como de Breheimen, que se desarrollaría en colaboración con su colega, el fisiólogo Joseph Breuer.

Freud había quedado impresionado con el abordaje que Breuer ofrecía a una de sus pacientes histéricas denominada “Anna O”, este médico había comenzado a usar el método hipnótico con el fin de acceder a los acontecimientos históricos del paciente que habían llevado al mismo a desatar los síntomas, forma por la cuál descubrió que los síntomas desaparecen tras ser recordados bajo hipnosis los sucesos ocasionadores, pues ocurría una descarga del afecto asociado bajo la palabra. Esta forma de terapia fue nombrada por la misma enferma como “cura por la palabra” y consistía en relatar detalladamente sus síntomas que posteriormente desaparecían, y luego reaparecían y desaparecían con un nuevo relato, procedimiento llamado también “abreacción”.

Si bien Freud aplicó por un tiempo el método de la hipnosis, fue más allá de la sugestión y utilizó el método catártico por sí mismo, ubicando en su paciente “Emmy” su primer intento de aplicar el método catártico y siendo ella misma quien le indicaría su camino a la asociación libre. Con esta paciente Freud constató cómo se podía encontrar la misma afloración de recuerdos por dentro y fuera de la hipnosis. “Pero principalmente lo que introduce la novedad es el pasaje del síntoma leído por el médico como signo semiológico de una lesión a la importancia otorgada al relato del síntoma” (De battista et al, 2013, p. 111). Es decir, con Freud nace una nueva concepción del síntoma, como un algo encriptado, como una expresión de lo -aún- no dicho por el lenguaje.

Este suceso, no puede dejar de pensarse clave para el afloramiento de un nuevo paradigma, pues evidencia un cambio de lugar en el saber: “es la enferma quien posee el saber -no

sabido- y no el médico” (De battista et al, 2013, p.112). Los estudios sobre la histeria, escritos junto a Breuer fueron decisivos en tanto marcaron el camino hacia la creación de un nuevo método de intervención del síntoma y sus efectos recayeron sobre el saber psiquiátrico, trastocando sus conceptos básicos e inaugurando una nueva relación entre el síntoma, su etiología, y la terapéutica correspondiente al mismo.

Continuando con este recorrido y volviendo a ubicarnos en el entendimiento de la histeria, Freud y Breuer tendrían un principal punto discordante: la etiología de las experiencias traumáticas que daban origen a la neurosis, siendo para el primero vivencias traumáticas reales de origen sexual.

Freud, quien venía de una formación charcotiana en la que se explicaba la histeria desde una etiología hereditaria, llega a través del relato de sus pacientes a formular su propia teoría, teoría de la seducción donde postula que esta neurosis era el resultado de experiencias sexuales traumáticas vividas en la infancia donde ocurrían específicamente seducciones por parte de un adulto ¿Qué impulsó a Freud llegar a esta teoría? La propia escucha de sus pacientes que en el fin de sus relatos siempre exponían escenas semejantes a las de un abuso sexual sucedido en la infancia y resignificada en la pubertad.

Sin embargo, es en la carta 69 donde Freud pronuncia su famosa frase “ya no creo más en mi neurótica” (Freud, 1897, p.1), dando a entender el abandono de la teoría de la seducción como explicación para esta neurosis. Expone diversas razones que lo llevaron a esta conclusión, como la escasa probabilidad de que en todos los casos de histeria (una patología muy común en ese momento) estuviera involucrado un abusador. Cuestiona la veracidad de los recuerdos, ya que en el inconsciente donde se alojan los mismos no existiría una clara distinción entre lo real y “la ficción investida de afecto”.

Este cambio en la teoría de la histeria, estuvo sin duda influido por el advenimiento de su concepto de inconsciente, es preciso realizar un breve paréntesis en esta historia para la introducción del mismo, siendo que Freud en 1900 presenta su obra “la interpretación de los sueños” de la que concluye la existencia de una instancia inconsciente en el sujeto. Se puede definir brevemente el inconsciente como aquella instancia donde se albergarían todos los aspectos insostenibles para el “yo”: recuerdos, fantasías y deseos inadmisibles para la consciencia, que pujan por salir y terminan por expresarse en sueños, actos fallidos y chistes, o en el peor de los casos, desde el malestar de un síntoma como ocurre en los casos de histeria ya expuestos donde los aspectos reprimidos terminan por expresarse en el cuerpo de la enferma.

Freud (1905) define a los sujetos histéricos cómo aquellas personas que frente a un estímulo de excitación sexual sienten predominantemente o exclusivamente una sensación de displacer a lo que llamará “desplazamiento de sensación”. A través del caso Dora se ilustra a la perfección, cuando la joven a través de un beso en los labios dado por el señor K siente asco, cuando la respuesta esperable según Freud sería el incremento de la excitación sexual. La importancia de este caso radica en que a través del mismo Freud llegó a consolidar una de sus premisas básicas: los síntomas histéricos son el resultado de fantasías sexuales reprimidas. El caso Dora se enraiza en el contexto social vienes donde la represión sexual era una realidad palpable, las normas sociales estrictas y restrictivas proporcionaron un ambiente propicio para la formación de este tipo de síntomas como una expresión simbólica de una fantasía sexual reprimida, pero tampoco se debe olvidar que pertenecía Freud a una Viena finisecular donde imperaba un conjunto de ideas burguesas-patriarcales, con un fuerte influjo de ideas tradicionales sobre la familia y el rol de la mujer. El análisis freudiano de este caso responde a la influencia de los códigos culturales y epocales vigentes en Freud, un hombre de clase burguesa con un fuerte influjo patriarcal.

Freud construyó sistemáticamente una psicopatología fundada en los mecanismos de formación del síntoma. Postuló inicialmente su teoría en torno a los mecanismos de defensa, basado en su principal concepto de represión, y constituyendo a través de la variedad de estas las distintas formas de neurosis: histeria, obsesión y fobia.

Él describe y caracteriza la histeria a través del mecanismo de conversión, llamando “conversión histérica” a este mecanismo de desplazamiento por el cuál el sujeto histérico traspola un conflicto psíquico a su propio cuerpo. El gran descubrimiento freudiano, en torno a la histeria, radicó en el llegar al cuerpo histérico como una personificación de un drama subjetivo, valerse de los síntomas corporales como de un libro que nos cuenta sobre el sufrimiento personal del enfermo.

Freud menciona la importancia de la identificación en la formación del síntoma histérico introduciendo la noción de identificación histérica como un modo a través del cuál “los enfermos llegan a expresar en sus síntomas las vivencias de toda una serie de personas, y no solo de las propias” (Freud, 1900, p.167).

Precisamente en su obra “Psicología de las masas y análisis del yo” (Freud,1920), Freud ilustra un caso que se vuelve ejemplar en identificación histérica: en un pensionado de señoritas, una de las chicas recibe una carta de su amado provocando un ataque de histeria colectivo cuando cada una de sus pares actúan de forma que se identifican con su compañera. “El mecanismo es el de la identificación sobre la base de poder o querer ponerse en la misma situación. Las otras querrían tener también una relación secreta, y

bajo el influjo del sentimiento de culpa aceptan también el sufrimiento aparejado” (Freud, año, p. 101).

La evolución de su teoría desde sus primeras elaboraciones con Charcot y Bernheim, hasta el desarrollo del psicoanálisis marcó un hito en la comprensión tanto de la histeria como en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica.

Sin duda uno de los grandes aportes de Freud a la comprensión de la histeria y su tratamiento radica en la importancia otorgada al síntoma del enfermo, cómo un retorno de lo reprimido y cómo un mensaje encriptado que nos habla del sufrimiento del paciente. En este sentido el síntoma adquiere sentido como un padecimiento singular, y concebir el síntoma desde aquí permite al terapeuta y al sujeto construir una narrativa que permita otorgarle sentido al síntoma, lo cuál ya es terapéutico en sí.

LAS MANIOBRAS DE LA HISTERIA: UNA RELECTURA DESDE FOUCAULT.

Anteriormente, se ha presentado un breve recorrido que ilustra el encuentro de Freud con la histeria y sus avatares, desde el mismo se introduce también parte de la historia que compete a Charcot y su afán de dilucidar este diagnóstico como neurológico. Desde el presente capítulo, se propone una relectura de esta historia desde el análisis realizado por Foucault a partir de “el poder psiquiátrico”.

“El poder psiquiátrico” consiste en una serie de conferencias dictadas por Micheal Foucault de 1973 a 1974 en el marco de Collège de France, y que fue publicado en libro en el 2003. La obra propone un abordaje de la historia de la psiquiatría y el instituto asilar en relación a los discursos vigentes sobre la locura, abordando los dispositivos de poder como productores de enunciados y de los juegos de verdad que se montan tras ellos.

Como se ha visto, la histeria ha tenido una relación particular con el poder psiquiátrico, que puede plantearse como una pugna entre médico e histérica: mientras el médico se esfuerza por ubicarse dentro del lugar del saber, la histérica no deja de mostrarle que hay un saber que desconoce.

Foucault (1973-1974) plantea qué en torno a la histeria se configuraron una serie de maniobras que han de entenderse bajo la perspectiva del enfrentamiento, la batalla y la lucha por el control entre el poder médico y las pacientes histéricas.

En primer lugar ocurre una “organización del escenario sintomatológico”. Para que la histeria entrará en el campo de la medicina como enfermedad orgánica, debían presentarse toda una serie de sintomatología estable de manera tal que pueda configurarse como diagnóstico. Para ello, los síntomas debían mostrarse en dos formas:

Por un lado debían observarse en el enfermo en todo momento, debían ser accesibles al médico en tanto lo dispusiera. Lo que configuraron los llamados estigmas histéricos, es decir, signos que todo histérico debía presentar se encontrase cursando una crisis o no.

Por otro lado, las crisis histéricas tenían que tener una regularidad, una constancia de manera que fuese semejante a una enfermedad neurológica ya existente, pero teniendo a la vez que diferenciarse de las enfermedades ya constituidas a fin de que pudiese darse un diagnóstico diferencial.

Gracias a que la histérica presenta una sintomatología regular ante las exigencias del médico, es que en este contexto él puede legitimarse como médico. Y encontramos también por el lado de la histérica un beneficio, pues ella va a adquirir el diagnóstico diferencial que

le otorga el poder pasar de loca a enferma, cómo Foucault (1973-1974) lo expresa “dejará de ser una loca dentro del asilo; va a adquirir un derecho de ciudadanía dentro de un hospital digno de ese nombre. El derecho a no estar loca sino a estar enferma es conquistado por la histérica gracias a la constancia y la regularidad de sus síntomas” (p. 360).

Es importante destacar, cómo el funcionamiento neurológico del médico se encuentra en relación de dependencia con la histérica, depende exclusivamente de ella en tanto si la histérica se negara a proporcionar síntomas al médico éste perdería su función como tal.

En segundo lugar, aparece la maniobra del “maniquí funcional” como Foucault la nombra. Luego de su primera maniobra, el médico que se ve reafirmado como médico pero pierde poder sobre la histérica, y estas para reafirmar su poder sobre él, respondía con un desborde de crisis histéricas -habiendo registros de más de 17.000 episodios en dos semanas-. Esta situación dejó en apuros al personal médico, pues el número de crisis era de imposible control.

La problemática se planteaba en cómo provocar fenómenos histéricos sólo cuando el médico quisiera y que esos mismos fenómenos fueran también patológicos, ya que de esa manera se podría parar con los excesos de la histeria. Como solución a la cuestión se desarrollarían dos técnicas:

La primera, fue el ya desarrollado, método de la hipnosis. Bajo el procedimiento de la hipnosis se puede obtener un síntoma histérico específico y aislado que el médico puede desencadenar bajo su voluntad. Pero, de la hipnosis se desencadena una gran problemática ya que si los síntomas histéricos pueden ser provocados nace la interrogante si será ésta en efecto una enfermedad. De esta forma, el médico -y el ejemplo de ellos fue Charcot- debió proveerse de una serie de enfermos en los cuales los síntomas se manifestarán al margen de la institución asilar y por supuesto de la hipnosis.

A partir de la aparición de este nueva clase de enfermos, los individuos podían obtener ganancias a partir de la enfermedad como el cobro de seguros, de esta manera aparecen en el escenario médico enfermos que padecen trastornos postraumáticos. La problemática se disputó entonces, en relación a determinar si estos enfermos estaban realmente enfermos o si en su defecto se trataba de simuladores. La solución, desde el dispositivo neuropatológico, fue la de constatar los síntomas del enfermo sospechoso con el enfermo ya diagnosticado de histeria.

La constatación se basaba en que si en el enfermo sospechoso -no sometido a hipnosis- se podían encontrar síntomas similares a los que presentaban las histéricas en estado de

hipnosis, sería muestra de que los fenómenos que allí se aprecian son naturales. La histérica funciona así como un “maniquí funcional”, pero a su vez gana una vez más poder sobre el médico, la histérica pone una segunda vez al médico bajo su dominio, dado que, al obedecer precisamente las consignas que él le fórmula en la hipnosis, logra ser en cierto modo la instancia de verificación, de verdad entre la enfermedad y la mentira. “Segundo triunfo de la histérica” (Foucault, 1973-1974, p.369)

La tercera maniobra será “la redistribución en torno al trauma”. Debido a que las histéricas aumentaban su poder sobre la figura del médico, nace una vez más la sospecha de que dichos síntomas eran simulados. El médico se ve en este escenario, obligado a recuperar el poder sobre el campo de los fenómenos histéricos, se trata entonces de vincular en un marco patológico la hipnosis, los síntomas histéricos producidos en ella y el acontecimiento que desató los daños funcionales, en síntesis, se necesitaba encontrar una etiología.

Cómo solución a este problema Charcot llegaría al concepto de trauma: “un acontecimiento violento, un golpe, una caída, un temor, un espectáculo, etc., que provocará una suerte de estado de hipnotismo discreto, localizado, pero a veces de larga duración, de modo que, a raíz de ese trauma, en la cabeza del individuo entrará una idea determinada, para inscribirse en la corteza como si se tratara de una conminación permanente” (Foucault, 1973-1974, p. 371).

El trauma se trata entonces de una especie de hipnosis localizada y permanente en un punto. Por lo tanto, la hipnosis es un trauma transitorio y sujeto a la voluntad del médico que introduce con su palabra al sujeto, una serie de ideas e imágenes que tienen el mismo papel y función que el efecto de conminación. El trauma es lo que provoca la hipnosis, y la hipnosis es lo que reactiva el trauma. De lo anterior surge la necesidad de encontrar dicho trauma, ese episodio que es la etiología de la neurosis.

Al llegar a este punto, se encuentra una contramaniobra de la histérica. Al ser indagadas por su pasado, ellas respondieron con un discurso y montando una escena que refería al tema sexual, hecho inadmisibles en Charcot. En este momento la neurosis se vuelve presa de un doble estigma, fue descalificada por la sospecha de simulación y también por sus connotaciones sexuales.

Charcot, para validar la histeria como enfermedad, debía alejarla de toda asociación con la simulación y la sexualidad. De esta manera, como resultado del enfrentamiento de la histérica y su neurólogo como forma de aprehensión del cuerpo neurológico por el dispositivo neuropatológico, aparece el cuerpo sexuado. Sí, por un lado se dió una

descalificación de la histeria, pero por otro lado configuró una acción médica por parte de la psiquiatría y el psicoanálisis: pusieron la sexualidad bajo la luz de la medicina.

Las maniobras de la histeria, son testimonio de la lucha por el poder de la psiquiatría, entre neurólogo y paciente. Por medio de dichas maniobras, la institución médica conoce y produce la verdad de la enfermedad, gracias a que la histeria brinda la reproducción de un cuadro sintomatológico que pudo llegar a ser asimilado como verdadera enfermedad orgánica.

La histérica operó de “enferma ideal” en cuanto que transcribió por sí misma los efectos del poder médico en formas que el médico podía describir dentro un discurso científicamente aceptable. Este proceso fue posible gracias a la sugestionabilidad mórbida, disposición de los pacientes histéricos a desarrollar síntomas histéricos, fenómeno en el que la relación de poder quedaba oculta.

HISTERIA DESDE LACAN, IDENTIFICACIÓN Y DESEO:

En el capítulo 2 de la presente monografía se finalizó el recorrido de la histeria por la obra de Freud llegando al concepto de identificación tan importante en la histeria. Para continuar profundizando sobre el mismo desde el presente apartado se traerá a colación algunas de las principales ideas Lacan que son consideradas indispensables para el entendimiento actual de esta neurosis.

Jacques Lacan fue un psicoanalista y psiquiatra de origen francés, nacido en París de 1901. Reconocido por su "retorno a Freud", Lacan retoma la obra freudiana, ofreciendo una relectura de la misma en la que se vale de las referencias e indicaciones de Freud para insertarlas en una nueva red conceptual más amplia y adaptada a su tiempo. Lacan reelabora la idea de inconsciente propuesta por Freud, proponiendo un inconsciente estructurado como lenguaje para lo cual se sirve de la lingüística de De Saussure subvirtiendo la relación entre significado y significante estipulada por el lingüista.

La mayor diferencia en torno a la histeria, será que en Freud la histeria siempre fue leída en sus diversas denominaciones, como patología, mientras que Lacan propone una extensión presentando la histeria como una forma de subjetividad -distinguiendo esta forma de la estructura neurótica-, y más tarde dándole el estatuto de discurso, es decir, un modo de hacer lazo social (Mazzuca R., Mazzuca S., Canonico y Esseiva, 2008, p. 176).

En contraste con Freud, Lacan ya no postula la conversión como mecanismo de construcción del síntoma. En su lugar destaca, la identificación al síntoma del Otro como el proceso protagónico, aunque Freud ya mencionaba la importancia de la identificación, Lacan va más allá presentándola como proceso principal (Lacan, 1957).

La identificación para Lacan, no es simplemente un proceso de asimilación de rasgos de otra persona, sino un fenómeno a través del cuál incluye la formación del yo a través de la relación con el otro. En el estadio del espejo, describe como el bebe al reconocer su imagen en un espejo, experimenta una identificación primaria que sienta las bases para la construcción de su yo. (Lacan, 1949).

En el marco de su obra, la identificación cumplirá un rol fundamental en la asunción de la sexualidad, en la constitución del sujeto nace cómo pregunta clave la pregunta acerca del ser ¿Quién soy, un hombre o una mujer? La respuesta a esta pregunta estará inevitablemente ligada a la identificación con un otro. En el sujeto histérico no se encuentra la excepción, Lacan arraigado en su época a la histeria femenina lo explica ante la pregunta por el ser mujer, la histérica se preguntaría ¿qué es lo que me hace mujer?, Lacan ubica la

identificación viril en su respuesta: la histérica se identificará con el hombre para a través de la mirada masculina dar una respuesta a la pregunta acerca de su sexualidad, si bien este mecanismo difiere de la identificación del estadio del espejo pues no constituye una identificación formadora del yo sino de una suplencia. Este concepto es crucial para entender cómo se desarrolla la identidad en la histeria, ya que para esta implica una internalización de la mirada del otro y una constante búsqueda de aprobación ajena.

Rosa López (2006) sostiene que el hecho de que la histeria se presentifique mayoritariamente en el sexo femenino se debe a que mediante este mecanismo la histeria presentifica de forma excelente el enigma acerca del lugar específico que le corresponde al sexo femenino en el campo simbólico. Para la autora la histeria es aquella que viene a perturbar la concepción de un universo donde cada objeto estaría en su lugar (López, R 2006, p.3). Si bien, esta falta en ser competente a todo ser hablante independientemente de su sexo, pues es universal el hecho de que el lenguaje nos deja fuera de la naturaleza otorgándonos lugares siempre inestables y cambiantes, la posición femenina radicalizaría esta condición de falta en ser común a todo sujeto.

Retomando la teoría lacaniana, conviene señalar como un pivote esencial en su obra, la noción de deseo. Este autor conceptualiza el deseo como “deseo del Otro”, el sujeto se preguntaría por la posición que ocupa en el otro haciendo la pregunta “che vuoi?” ¿qué es lo que quieres?, el sujeto se interroga ¿cuál es el deseo del Otro? Ante esta incógnita el sujeto pierde certeza y se encuentra sin respuestas. Lacan (1958- 1959) plantea que, ante tal desamparo, lo que jugará será la experiencia especular en la que el sujeto se encuentra inmerso desde el estadio del espejo, la relación con la imagen del otro como fundante del Yo. La histeria en relación al deseo se piensa desde dos lugares, por un lado, desde la problemática que supone para este sujeto el posicionarse en el lugar del deseo de otro. Y, por otro lado, desde el problema de la insatisfacción de su propio deseo.

Puntualizando acerca de la problemática que supone en la histeria preguntarse acerca del deseo del otro Lucien Israel (1974) dirá que la histérica busca quien es ella misma, y lo hará a través de un otro, identificándose en la imagen que el otro le devuelve de sí misma, ella necesita preguntarse qué valor tiene su existencia para el otro y qué huella deja su pérdida en el otro. La histérica quiere ser todo para el hombre, lo que equivale a ser aquello que al hombre le falta. (López, 2006, p. 4). Querer ser algo para el otro, definirse a través de este, empuja al sujeto a una constante búsqueda de validación externa y una dependencia de la aprobación ajena, generando en el sujeto una insatisfacción crónica pues esta búsqueda está inevitablemente ligada al ámbito de lo imposible.

Por otro lado, la cuestión del deseo en la histeria estará siempre marcada por el problema de la insatisfacción. Insatisfacción permanente que se presenta en todos los ámbitos de la vida del enfermo, pero que afecta de forma particular a su vida amorosa y sexual. La histérica se quejaría constantemente de su pareja amorosa, mostrando un grado de insatisfacción permanente. López (2006) expone como razón el hecho de que en la mujer se conservaría intacta la figura inconsciente del padre ideal, aquel que ha idealizado en su infancia, que representaría para ella aquel hombre ideal que se anhela y al que ninguno llega a su medida. Israel (1997) nos dice que “la histérica no desea a quien la quiere, sino en general desea a otro, a alguien inaccesible”, el autor plantea que mantener el deseo insatisfecho sería la mejor manera de mantener ese deseo vivo.

El deseo en la obra lacaniana está inevitablemente ligado a la noción de falta- La falta en su obra, refiere a la sensación de incompletud que experimenta el individuo desde el momento mismo de su nacimiento. Esta falta no es simplemente la carencia de algo específico, sino más bien representa una condición inherente a la naturaleza humana. El deseo, entonces, surge en el intento de colmar esa falta y de satisfacer esa sensación de incompletud, sin embargo, al ser la falta una condición estructural del humano, el deseo no puede ser nunca completamente satisfecho. La histeria bajo esta visión, no haría más que mostrarnos la condición misma del deseo humano, por ello mediante la insatisfacción la histérica se dedica a sostener el deseo: el suyo y el del otro, porque al perderse el deseo la existencia del individuo se vería amenazada (López, 2006, p. 6).

Lacan ubica como mecanismo central de la histeria la identificación, y de esta forma nace la histeria no solo como patología sino como modalidad misma de transmisión del deseo, que implica un movimiento que va desde el sujeto a un otro. Siguiendo esta obra, la existencia de la histeria depende del otro al que se dirige un llamado, y su destino en la historia depende de ese otro que la recibe (López, 2006, p. 8).

Para finalizar este capítulo conviene señalar que la teoría Lacaniana es amplia y compleja, las ideas aquí expuestas no pretenden ser ampliamente abarcativas sino ofrecer un breve acercamiento a otro tipo de concepción que aporte a la comprensión psicoanalítica de esta patología.

NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA HISTERIA:

La pulverización de un mismo malestar.

Con el desarrollo del tiempo el psicoanálisis fue perdiendo predominio frente a la psiquiatría americana debido al advenimiento de la investigación científica sobre el desarrollo de las patologías mentales y la creación de una serie de manuales diagnósticos basados en criterios estadísticos.

En el desarrollo de los criterios diagnósticos para los trastornos psiquiátricos se acentuó la importancia de la “validez” -que tan bien se “mide” un fenómeno- y la “fiabilidad” -la aplicación del mismo diagnóstico en distintos contextos-.

Esta nosología eliminó la existencia de términos generales históricamente reconocidos, por no haber una comprobación conductual precisa que los identifique. Se terminó por abandonar un principio general de clasificación como lo es: Neurosis – Psicosis. “El nuevo manual pretendía ser ‘científico-conductista y mensurable’” (Cruz y Rodríguez, 2017, p.250).

Luego de la segunda guerra mundial se publica la segunda edición de la CIE -Clasificación Internacional de Enfermedades- donde por primera vez se incluye un apartado de los trastornos mentales. Dentro de este apartado se incluye hasta su décima edición la mención del término “histeria”, sin embargo el mismo se encuentra esparcido dentro de otros trastornos, que son divididos en trastornos disociativos (F44), trastornos somatomorfos (F45), y otros trastornos neuróticos (F48).

Los trastornos disociativos (F44) se definen por: “la pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y de las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales” y se menciona que “anteriormente estos trastornos se clasificaban en diversos tipos de ‘histeria de conversión’”. Mientras que los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas, se clasifican como trastorno de somatización (F45). Por último, en otros trastornos neuróticos (F48) se incluyen la neurastenia y el síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad.

Por el lado de la Psiquiatría americana nos encontramos con su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, abreviado DSM. Actualmente en su quinta versión, piensa las patologías en clave de trastornos, y se encuentra dividido en ejes y grupos para clasificar las diversas patologías.

Si bien en las primeras dos ediciones del DSM el diagnóstico de histeria fue influido por las aproximaciones de Freud y el campo del psicoanálisis, posteriormente con la llegada del DSM-III las categorías diagnósticas fueron reclasificadas como un grupo de categorías de trastornos. DSM-III abandona el término histeria, creando dos categorías distintas: los trastornos somatomorfos y los disociativos (Cruz y Rodríguez, 2017).

Como se observa, los criterios diagnósticos para identificar un trastorno histérico (o sus equivalentes) han variado a través del tiempo aún dentro de la psiquiatría moderna. Mazzuca (2005) plantea que su desaparición no constituye una novedad sino que es una manifestación más de una tendencia que se ejerció de manera permanente en la historia de la psiquiatría, y la eliminación que ocurre en la actualidad es coherente con los criterios modernos que al definir trastornos observables bien delimitados no admiten síntomas tan polifacéticos y móviles como los de la histeria.

Para Suen, Vélez y Werner (2017) “Es en su polimorfismo sintomático donde pueden rastrearse las razones de la forma de invisibilidad que ha cobrado la histeria en las elaboraciones de los manuales diagnósticos” (p.219) Y en la actualidad la histeria se identifica desmenuzada en cuatro grandes modalidades de trastornos según el DSM:

En primer lugar, se encuentran los trastornos somatomorfos, que abarcan el trastorno de conversión (F44) y el trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1), que engloba síntomas físicos prominentes. En segundo lugar, se destacan los trastornos disociativos, como la amnesia disociativa (F44.0) y la fuga disociativa (F44.1), que se caracterizan por síntomas psíquicos. En tercer lugar, se mencionan los trastornos sexuales, como los trastornos del orgasmo (F52.3) y los trastornos sexuales del dolor, como la dispareunia (F52.6) o el vaginismo (F52.5). Por último, se aborda la categoría de trastornos facticios (F68.1), donde prevalece el “fingimiento” de enfermedades, ya sea psíquicas o físicas, sin evidencia de conciencia escindida (Suen, et al, 2017).

La pulverización de la histeria en múltiples diagnósticos dentro del DSM y CIE refleja un cambio paradigmático en la comprensión y clasificación de los trastornos mentales, subrayando la influencia de las lógicas médicas en la psiquiatría, lo que revela cómo la evolución de los diagnósticos está intrínsecamente ligada a las relaciones de poder y a las estructuras sociales predominantes, que definen lo que se considera “normal” y “patológico”.

En los capítulos precedentes de este trabajo, se abordó las diferentes vicisitudes por las que la histeria ha pasado al fin de poder definirse como patología para la academia, sin embargo pareciera que aún no se ha logrado encontrar una clara definición. ¿A qué se debe dicha dificultad?

Algunos autores –cómo López (2006) y Suen et al (2017)- lo adjudican a la “psicoplasticidad” histérica y la infinidad de expresiones clínicas en las que puede presentarse. El mecanismo de la identificación trae consigo la plasticidad histérica, tendencia a identificarse con los deseos y síntomas ajenos. (López, 2006, p.10)

Pero entonces, ¿se ha vuelto irreconocible la historia de la que se habla desde antaño? ¿Según el DSM, hemos de renunciar a pensarla como historia?

Rosa López (2006) distingue entre fenómeno, síntoma y estructura. En el plano del fenómeno hay variables que cambian según las épocas, las modas y las identificaciones que allí se ponen en juego. Mientras que las estructuras ilustrarían lo invariable, el esqueleto sobre el que se presentan las distintas figuras, las constantes que nos guían con más precisión a la hora de elucidar un diagnóstico (López, R, 2006, p. 8). Bajo esta concepción se recuerda la posibilidad de pensar la historia como estructura psíquica, más allá de sus expresiones individuales que sí podemos clasificar según diversos trastornos.

Para finalizar bajo la luz de este capítulo se abre otra interrogante, ¿ha cambiado meramente la forma en la que concebimos esta estructura, o es que ella ha cambiado sus modos de manifestarse? una vez más, propongo volver sobre la pregunta ya formulada en los capítulos anteriores: ¿solo cambian nuestras formas de entender el suceso o cambia el suceso en sí?

EL SÍNTOMA COMO CULTURAL:

El polimorfismo histérico, el arraigo a una cultura y la identificación histérica.

En la actualidad ya no es común encontrar las histéricas clásicas de la Salpetriere, con ataques de arco, grandes conversiones y crisis con alucinaciones, en la actualidad la queja histérica tiene otras formas de expresiones y si nos encontráramos con síntomas semejantes probablemente serían confundidos con otro cuadro. López (2006), desde su experiencia clínica señala que los síntomas de cada época presentan características con un semblante en común de acuerdo a los significantes que comandan un tiempo y un contexto determinado.

Gonzalez (2012) partiendo desde Lacan quien dice que la estructura de la histérica es el hacer de sostén y falo del otro, plantea que la histérica responde en función de los discursos o narrativas de cada época. Este autor realiza un recorrido por el cuál deja en evidencia cómo a lo largo del tiempo los síntomas de la histeria han respondido a un amo cultural: durante la edad media y el predominio de lo religioso las histéricas presentaban sobre todo crisis que emulaban las “posesiones demoníacas” de las que se hablaba por entonces, y llegando al siglo XVIII cuando se buscaba la relación síntoma - lesión orgánica, las histéricas parecían presentar las enfermedades físicas más conocidas en la época.

En la actualidad es evidente que los viejos amos han caído y los lugares de poder se vuelven difusos. En el presente se presencia la nueva era globalizante, se asiste así a un imperativo de consumo, y a una sociedad donde la ley la impone el mercado impulsando hacia la “novedad” como lo que debe ser consumido para lograr la “completud” y con ella la felicidad. Aparecen múltiples satisfacciones que se extinguen y se renuevan tan pronto como es posible, dejando a un montón de sujetos atrapados en los hilos del consumo, el estrés, la soledad y la confusión. Nos encontramos con un nuevo amo imperante: el mercado (Gonzalez, 2012).

Sin dudas hay un cambio en la subjetividad, y los sujetos que encontramos en la actualidad no son los mismos que se encuentran en los historiales clásicos. Silvia Bleichmar (2003) plantea una diferenciación clave para entender estos aspectos, dirá “la producción de subjetividad no es todo el aparato psíquico”. Los cambios a los que asistimos en la actualidad ocurren a nivel de las subjetividades.

La producción de subjetividad tiene que ver con el lugar donde se articulan los enunciados sociales respecto al Yo, mientras que el aparato psíquico implica ciertas reglas que exceden la producción de subjetividad, como la represión.

Al mirar hacia atrás y pensar en las viejas histéricas de Freud, es indudable el papel que cumplió la represión ejercida por las normas sociales y morales estrictas respecto a la conducta sexual. Al día de hoy se puede afirmar que ha habido cierta liberación en el modo de la represión sexual, hay un cambio en cómo los sujetos acceden a la sexualidad: “Las adolescentes llegan felizmente y los varones llegan aterrados. ¿Por qué? Porque los varones tienen que dar pruebas de virilidad. En cambio, las chicas, no tienen que dar prueba de nada, ni siquiera gozar demasiado” (Bleichmar, 2003, p. 2)

Es indudable que ha ocurrido un cambio a nivel subjetivo, lo que no implica que hayan desaparecido ciertos rasgos histéricos y Bleichmar (2003) lo ejemplifica tomando el historial de Irma: “hoy es raro que a una señorita le tiemble la pierna por sentir deseos por el cuñado, lo que puede tener es un colapso narcisista porque el cuñado no le da bolilla” (p.1).

Se hace evidente que el sufrimiento histérico continúa más allá de los modos en los que este se exprese. Seguimos teniendo un psiquismo articulado por la defensa y la represión, es algo que excede la producción de subjetividad histórica y tiene que ver con el modo que se constituye el sujeto, “lo que ha desaparecido son ciertas formas de ejercicio de la genitalidad, pero la represión no” (Bleichmar, 2003, p.2).

Bleichmar (2003) cataloga la anorexia como una generalización actual de la sintomatología histérica. La producción de subjetividad actual está marcada por un ideal femenino de la “mujer flaca” que entra totalmente en colisión con las ofertas de bienes que la cultura produce, Silivia puntualiza como “estar flaca” con los supermercados que tenemos hoy en día es casi imposible, entonces ¿cómo se produce el fenómeno de la anorexia histérica? Es la ejemplificación de la lucha contra el deseo que desde siempre se ha asistido, “Producir el contrainvestimento masivo que anula el deseo de comer y con eso el comer pierde toda cualidad placentera. El conflicto sigue siendo entre el yo ideal y deseo oral, entre la oralidad y el yo, entre el narcisismo y la oralidad o deseo inconsciente.” (Bleichmar, 2003, p.3).

Ha cambiado la subjetividad, pero no la etiología, la causalidad que determinan las nuevas producciones sintomáticas.

En cuanto a la histeria, las consultas y demandas que llegan a los psicoanalistas por un lado, son las demandas de análisis “clásica” y, por otro lado, todas las posibles presentaciones correspondientes a las coordenadas de la época. La histeria, la cual tiene una manifestación sintomática singular se ve atravesada no solo por la realidad social frente a la cual debe responder, sino también por la identificación (Suen et al, 2017).

Fernández (2002, como se citó en González, 2012) propone que cuando cambia el discurso cambia el sujeto, en tanto las subjetividades transforman y se transforman al mismo tiempo

por los acontecimientos sociohistóricos y culturales. Este cambio en el sujeto se da con facilidad en la persona histérica debido a su caracterización como mimetizada y permeable a lo que emerge del otro, es decir, por el mecanismo de identificación que Lacan propone como central.

Una vez más, la histérica “responde con ser el falo de la época, asumir las enfermedades que se venden, ser los artículos que se venden” (González, 2012, p. 530), el mercado utilizará a la ciencia para fomentar sus objetivos capitalistas, y en el camino, la histérica acogerá a la ciencia, así se convertirá en lo que su nuevo amo demande: en una enfermedad, en un objeto de consumo, en goce constante, etc (González, 2012)

López (2006) habla de síntomas contemporáneos, y engloba en ellos padeceres tan variados cómo depresiones, la anorexia, las fibromialgias, las toxicomanías, hiperactividades, esterilidades no orgánicas y enfermedades autoinmunes entre otros. Siguiendo la distinción previamente señalada, se debe entender que el síntoma no hace la estructura, es decir, no define la histeria en su totalidad. Los síntomas no son particulares de la histeria, y es el problema que trae la plasticidad histérica: plantea dudas diagnósticas. Es el ejemplo de la anorexia que puede pertenecer a diversas estructuras, pero encuentra en la histeria una especial predisposición. Como así se debe distinguir la depresión neurótica, que tiene que ver con un desajuste de la identidad suscitado por la pérdida de un objeto que le sería al sujeto como sostén de su narcisismo y cuya pérdida genera particularmente en la histérica una pérdida de todo su valor personal.

En fin, la histeria con sus distintas máscaras, desafía a comprender la complejidad del sujeto, recordando que aunque los síntomas cambien la esencia de nuestra psiquis es siempre la misma: la incesante lucha que ejerce el deseo contra la represión, y un inconsciente que nos guía a escondidas.

LA HISTERIA, ¿UNA MANIFESTACIÓN FEMENINA?:

Pareciera haber una correlación entre las diversas patologías que han sido anudadas a la histeria desde las diferentes clasificaciones semiológicas (cómo el DSM o ICD), y la población femenina. Pero ¿es este aglomerado de síntomas convergentes en el género femenino una comprensión “objetiva”, o podría ser el resultado de una amalgama de significados que la sociedad ha impuesto sobre el ser mujer?

Siguiendo el recorrido propuesto en este trabajo final de grado, se observa cómo históricamente la neurosis histérica ha sido asociada de forma inherente a lo femenino, no sólo en términos clínicos o de síntomas específicos, si no también a lo asignado como características propias del género. El término “histeria” se ha vuelto un adjetivo característico del ser mujer.

Sin dudas, el preguntarse acerca de lo femenino y su relación con la histeria, lleva a preguntarse acerca de qué compete a lo femenino y qué compete al ser mujer, para desde allí poder dar una respuesta de sus puntos de contacto.

Son y fueron varias las teóricas feministas que se preguntaron acerca del ser mujer, sin duda un punto común entre muchas es el haber coincidido en una supuesta falta de lugar para lo femenino, De Beauvoir ante la pregunta de ¿qué es ser mujer? se contestó que ella es todo lo que un hombre no es. No pareciera haber entonces un significante concreto que determine a la mujer si no que ella se define a través de un otro, al que debe identificarse en su oposición.

Rosa Lopez (2006) expone cómo en la mujer se radicaliza la falta en ser que compete a todo sujeto. El lenguaje siguiendo las ideas de Lacan, nos expulsa de la naturaleza, el sujeto queda capturado en las redes de significantes que definirán su mundo. Desde lo femenino se radicaliza la falta, y la histeria personifica esta problemática anclándose en el Otro como una respuesta: la histérica busca ser falo, busca completar un otro, para así dar respuesta a la pregunta por su propia existencia, “soy, mientras el otro me reconozca” “soy, mientras pueda completar a un otro”.

Ese otro en la actualidad deja de ser necesariamente un hombre, se vuelve mercado que exige belleza y perfección, no solo a la mujer si no a toda una población. En la actualidad, nos encontramos con una histeria que toma nuevas formas y matices, que los cuadros clínicos en su vinculación no pueden solamente reducirse a la figura de la mujer ni cómo un padecimiento de serlo. En lo actual, nos encontramos ante una reactualización de la

estructura histérica, que desafía las antiguas categorías de sexo y género surgiendo una nueva problema en lo que refiere a la perdida de alteridad, del Otro.

Aunque persiste una prevalencia de la feminidad en los cuadros patológicos con raíces en la histeria, es imperativo reconocer que estos cuadros no pueden ser simplificados al único ámbito del género femenino.

COMENTARIOS FINALES:

El recorrido realizado por esta monografía deja en evidencia los cambios históricos, de discursividades, subjetividades y paradigmas que atraviesan las diferentes estructuras psíquicas de los individuos y nuestra forma de entenderlas.

Se deja al descubierto como psicoanálisis e histeria han jugado un interjuego de influencia mutua, donde esta neurosis puede considerarse un pilar fundamental sobre el cual el psicoanálisis se apoyará para conseguir sus más importantes descubrimientos: el inconsciente, la represión y el conflicto defensivo, la fantasía inconsciente, la identificación, el complejo de Edipo y la sexualidad infantil. Y a su vez, la histeria como patología rechazada e incomprensible a lo largo de la historia, encuentra en el psicoanálisis algo nuevo que cambia la forma de concebirla: es la potencia de darle la palabra al sujeto histórico donde emerge el sentido de aquellos síntomas.

De las experiencias mágicas, religiosas, y físicas, hemos llegado en el último siglo a las explicaciones de carácter psicológico. Sin embargo, no han disminuido la variedad de propuestas, los matices abundan y no es lo mismo entender el síntoma histórico como estructura psíquica o como trastorno de la personalidad. Pero sin duda al hablar de una patología es importante tener en claro desde dónde nos posicionamos y para qué.

Este recorrido no sólo ejemplifica la mutabilidad de las categorías diagnósticas, sino también cómo éstas reflejan y perpetúan dinámicas de poder en la sociedad.

La presente monografía ha abordado la relevancia del marco psicoanalítico como enfoque teórico y práctico para la comprensión de los síntomas históricos. A partir de este marco se ha puesto en evidencia la riqueza y la complejidad del síntoma, el cual no debe ser interpretado únicamente en clave de psicopatología sino como una expresión singular del inconsciente de cada individuo.

El síntoma tiene que ver con un padecimiento particular, es discurso, es enigma. En este sentido la escucha psicoanalítica trasciende el acto de oír lo manifiesto, para adentrarse en la difícil tarea de descifrar lo encriptado por el sujeto. Atender lo particular y singular del discurso de cada paciente es la única manera de resolver el entramado cubierto por el síntoma. Concebir el síntoma desde esta perspectiva permite al psicoanalista y al sujeto ir construyendo una narrativa que permita darle sentido al síntoma, lo cuál ya es terapéutico en sí.

Hay una difícil tarea a la que debe someterse el clínico: a la de despojarse de todo su saber, de toda su teoría, para escuchar la verdad que trae el paciente. Finalmente esa es la propuesta que el psicoanálisis nos trae: que el saber -no sabido- está del lado del analizante, y que solo a través de su escucha lograremos dar sentido a su padecer. La dirección de la cura siempre será singular, y el diagnóstico únicamente una orientación para el terapeuta.

Referencias bibliográficas:

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Arlington: Editorial médica panamericana.

Bleichmar, S. (2003) Acerca de la subjetividad. En simposio llevado a cabo en Facultad de Psicología de Rosario (U.N.R.) por invitación de la Cátedra EPIS I. Recuperado en: <https://seminario-rs.gc-rosario.com.ar/conf-silvia-bleichmar-30-07-2003>

Cruz, C., y Rodríguez, M (2017) La histeria clásica y moderna: una visión sinóptica. *Psiquiatría y salud mental*. Vol. XXXIV, N° ¾. 248-257. Recuperado de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/967576/248-257.pdf>

De Battista, J., Machado, M., Napolitano, G., y López, A. (2013) La histeria en el psicoanálisis freudiano. *El campo de la neurosis en la obra de Freud*, 102 - 130 Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP) Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/150553>

Díaz, V. (2022) Un trabajo interdisciplinario para (re)pensar la noción de histeria en psicoanálisis. *Revista Psicoanálisis*, Vol. XLIV (1), 173-194. Recuperado de: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2022/11/13.-DIAZ-EDIT.pdf>

Foucault (1973, 1974) "El poder psiquiátrico", Trad. Horacio Pons, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

Freud, S. (1994). "Carta 69" en *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1896). "La etiología de la histeria" en *Obras Completas*, Tomo III. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1905 -1901). "Fragmento de análisis de un caso de histeria" en *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1888). "Histeria" en *Obras Completas*, Tomo I. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1927-1931) "El malestar en la cultura" En *Obras Completas*, Tomo XXI. Buenos Aires, Amorrortu Editores. 1976.

González, L. (2012). Nuevas formas de histeria: globalización del mercado y repunte de la histeria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol.41 (3), 521- 535. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a05.pdf>

López, R. (2006) La actualidad de la histeria. *Sección Clínica de Madrid (Nucep)*. Recuperado de: <https://nucep.com/wp-content/uploads/2013/12/La-actualidad-Histeria.pdf>

Maleval, J. (1994). Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol. 14*, nº 49. 269-290. España. Recuperado de: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15372>

Mazzuca, R. (2005) Los excesos de la histeria. *Archivos de Medicina Vol. 1*, nº002. 2-8. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1131243>

Mazzuca, R., Mazzuca, S., Canonico, E. y Esseiva, M. (2008) Versiones psicoanalíticas de la histeria. *Anuario de Investigaciones*, vol. XV, 2008, 73-80. Buenos Aires, Argentina
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944039.pdf>

Serrano, A., Martín, M., Mancilla, L. (2017) La desconocida historia de la Histeria. *Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]*. Recuperado de: <https://indexf.com/gomeres/?p=2158>

Sopena, C. (1993). Comentarios acerca de la histeria. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, Vol 78, 65-85. Recuperado de: <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1234>