

LA HISTERIA: TIPO CLÍNICO Y ESTRUCTURA

HYSTERIA: CLINICAL TYPE AND STRUCTURE

Galiussi, Romina¹; Godoy, Claudio²

RESUMEN

En el presente trabajo se abordan las relaciones entre tipo clínico, estructura y discurso en relación a la histeria, así como su función en tanto defensa frente agujero en lo real que constituye la sexualidad para el ser hablante.

Palabras clave:

Histeria - Tipo clínico - Estructura - Discurso

ABSTRACT

In this paper we address the relations between clinical type, structure and discourse in relation to hysteria, as well as its function as a defense against the hole in the real that is sexuality for the speaking-being.

Key words:

Hysteria - Clinical type - Structure - Discourse

¹Doctora en Psicología, UBA. Magister en Psicoanálisis, UBA. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, UBA. Lic. en Psicología, UBA (Diploma de Honor). Jefa de Trabajos Prácticos Regular de Psicopatología II, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: rgaliussi@yahoo.com.ar

²Licenciado en Psicología. Profesor Adjunto Regular de Psicopatología II, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, UBA. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Docente de la Maestría en Psicoanálisis y del ICdeBA-UNSAM. Director del Proyecto *El síntoma, el sentido y lo real en el último período de la obra de Jacques Lacan (1971-1981)*, Proyecto UBA-CyT, período 2014-2017.

En este trabajo, el cual se enmarca en el proyecto UBA-CyT *El síntoma, el sentido y lo real en el último período de la obra de Jacques Lacan (1971-1981)*, interesa destacar la importancia de sostener la estructura de la histeria y su relación con el tipo clínico, ya que ello permite fundamentar por qué resulta primordial a nivel de lo transmisible en psicoanálisis, tal como afirma Lacan en la "Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*". Ello nos permitirá efectuar una lectura histórica, pero para llegar a una dimensión estructural, de lo que ha sido la histeria para Freud, los autores postfreudianos y Lacan. Desde la perspectiva psicopatológica, resulta también importante ubicar los modos en que las distintas estructuras clínicas se defienden de lo real a través del sentido, para así dar su alcance a la función del psicoanalista como aquel que debe "perturbar la defensa" (LACAN 1976-77, 11-1-77). Partiremos entonces de la hipótesis de que el ser hablante se defiende de lo real a través del sentido, lo cual podría sostenerse de manera transclínica. Así se tratará de recortar los modos en que podría correlacionarse la defensa y el tipo clínico en el campo de la neurosis, destacando que "...la neurosis no era estructuralmente obsesiva, que era histérica en el fondo, es decir ligada al hecho de que no hay relación sexual" (*Ibid.*, 19-4-77), en su correlación con la ausencia del significante de lo femenino.

1. Charcot desde Freud

En la "Introducción a la edición alemana..." Lacan se ocupa del problema del diagnóstico, y allí es posible plantear el desplazamiento conceptual en torno de lo que se había definido como tipo clínico. Lacan sostiene que "...hay tipos de síntomas, hay una clínica" (LACAN 1973, 583), pero una clínica anterior al discurso analítico. En su "Autocomentario", Lacan sostiene que Freud ha heredado los tipos clínicos de la medicina, lugar en el cual ha comenzado su formación.

Este último, por su parte, describe minuciosamente el método de esos tipos clínicos que llevaba adelante su maestro. Consideramos muy interesante rescatar aquí el texto freudiano a partir de dos citas que, en su extensión, permiten dar cuenta de lo que ha significado para él la enseñanza de Charcot. En primer lugar, afirma que él "Dirige preguntas a los enfermos, comprueba este o estotro síntoma, y así define el diagnóstico del caso, que luego, mediante ulterior indagación, restringe o corrobora. Uno nota que ha comparado el caso presente con una suma de cuadros clínicos que proceden de su experiencia, guardados en su memoria, y ha identificado sus fenómenos con uno de esos cuadros... A ello se anudan luego puntualizaciones de diagnóstico diferencial; el conferencista procura aclarar las razones que lo han guiado hacia su identificación... La ulterior elucidación atañe a la particularidad clínica del caso. El cuadro clínico, la *"entité morbide"*, sigue siendo la base de todo el abordaje; pero el cuadro clínico consta de una serie de fenómenos, a menudo una serie que se ramifica en direcciones múltiples. La apreciación clínica consiste en asignarle su sitio dentro de esa serie. En mitad de la serie se encuentra el *"type"*,

la forma extrema del cuadro clínico, esquematizada de manera consciente y deliberada; o bien se pueden establecer varios de estos tipos, conectados entre sí por formas de transición. Por cierto que es posible toparse con el *"type"*, la plasmación completa y característica del cuadro clínico; no obstante, las más de las veces los casos efectivamente observados divergen del tipo, han borrado del cuadro tal o cual rasgo, se ordenan en una o en varias series que se van apartando del tipo y que en último término acaban en unas formas rudimentarias, completamente nebulosas (*formes frustes*), en las que sólo el experto es capaz de discernir todavía unas copias del tipo. Mientras que la nosografía tiene por objeto describir los cuadros clínicos, es tarea de la clínica pasar a la plasmación individual de los casos y a la combinación de los síntomas" (FREUD 1892-94, 168). De este modo, partía de una serie compuesta por diversas formas, sus formas frustas, nebulosas, en los extremos de la misma, mientras que, en el centro, se hallaba el tipo, esto es, la plasmación completa del cuadro clínico.

Hay otra referencia, en la nota necrológica homenaje a Charcot, en donde Freud continúa esta misma idea y describe no solamente su método sino, además, la riqueza de su transmisión: "Acerca de su manera de trabajar nos refería esto: solía mirar una y otra vez las cosas que no conocía, reforzaba día tras día la impresión que ellas le causaban, hasta que de pronto se le abría el entendimiento. Y era que entonces, ante el ojo de su espíritu, se ordenaba el aparente caos que el retorno de unos síntomas siempre iguales semejava; así surgían los nuevos cuadros clínicos, singularizados por el enlace constante de ciertos grupos de síntomas; los casos completos y extremos, los *"tipos"*, se podían recortar con el auxilio de una suerte de esquematización, y desde los tipos el ojo perseguía las largas series de los casos menos acusados, las *"formes frustes"*, que terminaban por perderse en lo indistinto desde este o estotro rasgo característico. A este trabajo intelectual, en que no reconocía iguales, lo llamaba «cultivar la nosografía»; y era su orgullo. Se le oía decir que la máxima satisfacción que un hombre puede tener es ver algo nuevo, o sea, discernirlo como nuevo, y volvía siempre, en puntualizaciones una y otra vez repetidas, sobre lo difícil y meritorio de ese «ver». Se preguntaba por qué en la medicina los hombres sólo veían aquello que ya habían aprendido a ver; se decía que era asombroso que uno pudiera ver de pronto cosas nuevas -nuevos estados patológicos- que, empero, eran tan viejas como el género humano; y él mismo debía confesar que ahora veía muchas que durante treinta años tuvo ante sí en las salas de internados, sin que atinase a verlas" (FREUD 1893, 14). Es una cita que, de alguna manera y retomando su última parte, atañe al centro de este trabajo, se trata de ver "cosas nuevas en algo tan viejo" allí donde actualmente "no se atina a verlas". En un cuadro como la histeria, no tomado en consideración por la nomenclatura actual, vale señalar por qué para el psicoanálisis resulta fundamental. A partir de ambas citas, afirmamos que Charcot se dirige primero a comprobar el síntoma, en segundo lugar a delimitar el diagnóstico. Luego, ello se pone en tensión con

otros cuadros similares para posteriormente ver la particularidad de ese caso. De este modo, se trata de asignarle un sitio al síntoma dentro de una serie. En el centro de dicha serie se halla el tipo clínico, es decir, la forma extrema del cuadro, mientras que al alejarse del centro hay variaciones, formas rudimentarias. Y como quinto y último paso de este método, se procedía a la presentación teórica final.

A su vez, Freud sostiene que aprende con Charcot la clínica al modo francés, ya que, a diferencia de las teorías fisiológicas desarrolladas por los alemanes, Charcot se basa en el hecho clínico, en la morfología patológica. Afirmaba: "La teoría es buena, pero eso no impide que las cosas sean como son" (FREUD 1893, 15).

Se partió así de agrupamientos sintomáticos descriptos en una detallada semiología ya que, a partir de la observación y descripción establecían entidades diferenciadas. Y en ello Lacan destaca también a Philippe Chaslin quien, en su gran obra psiquiátrica *Elementos de semiología y clínica mentales*, se interesa por describir "...los signos de lo que llamó tipos clínicos, descripción no de la totalidad de la entidad nosológica sino de sus características esenciales" (CHASLIN 1912, 20). Así, mientras que la nosografía describe el cuadro clínico, la clínica implica pasar al caso, y de este modo, establecer una relación entre el caso y el tipo.

2. Freud, sus contemporáneos y los autores postfreudianos

Tal como ha sido delimitado al comienzo, a pesar de este inicio en la clínica médica, ha sido Freud quien extrajo a la histeria del discurso médico, ya que sus leyes responden a otro cuerpo, uno distinto del anatómico en tanto sufren de reminiscencias, de ciertos grupos de representaciones ligadas con la sexualidad infantil, a las cuales mantienen disociadas de la conciencia, reprimidas. Y esto reprimido tiende a expresarse -debido a una complacencia somática, al mecanismo conversivo propio de la histeria- en distintas partes del cuerpo y de diversas maneras, tales como dolores, parálisis o cegueras. Sin embargo, describe también otros casos en donde la conversión es menor y prevalecen los síntomas psíquicos como, por ejemplo, las alteraciones del humor, y a partir de ello realizan sus desarrollos los autores postfreudianos.

En primer lugar, mencionaremos a aquellos que continúan la línea de conceptualización freudiana.

Otto Fenichel resume de manera muy clara aquello que constituye la posición de estos autores y que continúan también la delimitación propuesta por Abraham, al sostener que "La afirmación de Freud en el sentido de que el complejo de Edipo es el complejo nodular de las neurosis es especialmente aplicable a la histeria, que se mantiene en el nivel de la fase fálica del desarrollo sexual. Los individuos histéricos o bien no superan nunca su elección de objeto primitiva, o están tan fijados a ese objeto que a raíz de un desengaño ulterior vuelven a él. Por cuanto, a causa de esto, toda forma de sexualidad se convierte para ellos en el amor incestuoso de la infancia, el impulso que les lleva a reprimir el complejo de Edipo reprime toda su se-

xualidad" (FENICHEL 1945, 266-267). Además destacan aquello que Freud había ubicado en términos de zonas histerógenas -en sus *Estudios sobre la histeria*-, al señalar, por ejemplo, y tal como lo hace Reich, que en el carácter histérico intervienen las tendencias pregenitales, orales, anales, uretrales y que las mismas son formas de expresión de la genitalidad; o bien Ferenczi, quien afirma que la histeria genitaliza todos los órganos del cuerpo. De esta manera, continúan la relación ya establecida por Freud a nivel del complejo de Edipo, la sexualidad y los síntomas.

Pero hay otros autores que, acentuando la división entre los síntomas conversivos o los síntomas psíquicos, comienzan a suponer que la patología se ha modificado, ya que aparecen nuevos síndromes y, a partir de ello, estos psicoanalistas se ocupan de reevaluar la concepción de la histeria a partir de -entre otros factores que detallaremos- el análisis de las defensas.

Uno de ellos, inglés y miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica, W. Ronald Fairbairn, plantea en 1953 que la histeria surge de una defensa frente a un conflicto endopsíquico relacionado con el complejo de Edipo, en donde a pesar de la valoración del objeto deseado, la histérica debe reprimir su sexualidad por la dimensión persecutoria que toma el objeto rechazado. De alguna manera, y por ello son considerados autores postfreudianos, retoma la definición de histeria establecida por Freud en el caso de Dora -una *petite hystérie* bien diversa a la espectacularidad de los casos trabajados en *Estudios sobre la histeria*-, allí donde establece que "...llamaría histérica, sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominantemente o exclusivamente sentimientos de displacer" (FREUD 1905, 27). Así, esta perspectiva se aleja de los fenómenos conversivos, acentuando los trastornos de la vida sexual, las manifestaciones de angustia y la compulsión al sufrimiento moral. Como consecuencia, la disociación histérica designa la ineptitud de una parte del *ego* para aprehender el conjunto de las funciones de la personalidad. Acentúan entonces los factores esquizoides y se pierde uno de los mayores puntos de referencia de la histeria freudiana, la represión. Ello es así en la medida que, según afirma Fairbairn, "...cuando consideramos los casos que citó Janet para ilustrar el material sobre el que basó su concepto de que la histeria era una entidad clínica, es difícil dejar de concluir que gran parte de los individuos presentados exhibieron notables características esquizoides y, por cierto, podemos resumir diciendo que si se presentarían en una clínica psiquiátrica moderna, una considerable proporción sería en efecto diagnosticada como esquizofrenias francas...mis propias investigaciones de enfermos con síntomas histéricos no dejan ninguna duda de que el fenómeno de disociación de la "histeria" implica una disociación del yo, fundamentalmente idéntica a la que involucra el significado etimológico del término "esquizoide" (FAIRBAIRN 1953, 99).

En esta última cita, Fairbairn comenta y cuestiona a Pierre Janet, contemporáneo de Freud y que había definido a la histeria como "...una forma de la depresión mental carac-

terizada por el estrechamiento del campo de la conciencia personal y por la tendencia a la disociación y a la emancipación de los sistemas de ideas y de las funciones que por medio de su síntesis constituyen la personalidad” (JANET 1893, 190-191). Es decir, plantea el déficit de la capacidad de síntesis de la conciencia, intentando caracterizar a la histeria en un nivel que pueda englobar la variedad de sus síntomas.

Y aquí interesa destacar a otro autor contemporáneo, el neurólogo francés Joseph Babinski -el discípulo predilecto de Charcot según Freud-, que directamente plantea su desaparición, ya que define a la histeria como un “...estado psíquico que torna capaz de autosugestionarse al sujeto que se encuentra en él” (BABINSKI 1901, 164), por lo tanto, es posible reproducir esos fenómenos por sugestión, como así también hacerlos desaparecer bajo la influencia de la persuasión. A partir de ello, considera que la noción de “pitiatismo”, o “trastornos pitiáticos” podría reemplazar al vocablo histeria, en la medida que constituyen trastornos curables por persuasión.

Así, los autores postfreudianos se orientan también por estas diversas lecturas contemporáneas a Freud y comienzan a cambiar el acento al remarcar los factores esquizoides que ubican en el centro de la cuestión la evaluación de la fortaleza del yo.

A partir de situar dichos mecanismos esquizoides tanto en neurosis como en psicosis, una representante de la *ego-psychology*, Suzanne Reichard, no duda en sostener que tanto Anna O. como Emmy von N. eran esquizofrénicas, porque la histeria se caracteriza por tener síntomas de conversión e implica un conflicto a nivel fálico o genital compatible con un grado mínimo de falla del *ego*, a diferencia de estas mencionadas pacientes que presentan una gran cantidad de fenómenos a nivel psíquico y mayor grado de desintegración.

A su vez, el primeramente discípulo de Freud y miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, Wilhelm Reich, entenderá a la histeria a partir de la noción de carácter. Define al mismo como una coraza que se construye contra los estímulos exteriores y contra los impulsos internos reprimidos. Y delimita específicamente al carácter histérico como “...el tipo más sencillo de coraza caracterológica. Su característica más sobresaliente es una *conducta sexual evidente*, en combinación con un tipo específico de *agilidad corporal* teñida de un matiz definidamente sexual” (REICH 1949, 201). Así, al igual que Fairbairn, acentúan la dimensión eminentemente sexual a nivel del carácter. Pero ello aparece junto a una aprensividad y angustia ante la cercanía del objeto. Este carácter es consecuencia de una fijación en la fase genital del desarrollo libidinal, con su ligazón incestuosa. Es por ello que “...lo que parece un impulso sexual es sexualidad en función de defensa” (Ibíd., 204). Esta determinación del carácter se establece por una fijación incestuosa en la fase genital del desarrollo infantil, reprimida, y de allí radica tanto su impulsividad como su aprensión frente a la vida sexual. De esta manera, la coraza caracterológica opera como defensa contra los impulsos del incesto genital. De modo que este carácter alcanza la adultez pero con presencia

de ansiedades infantiles, por lo que la sexualidad adulta no puede ser plenamente aceptada.

Como consecuencia de dichas teorizaciones, hay una constricción y un cambio de acento de la histeria. En función de esta vertiente psíquica o esquizoide, hasta llegan a plantear su inanalizabilidad. Ello en la medida que, según J. C. Maleval, “...las histéricas experimentan demasiado lo imposible de la relación sexual para satisfacerse con el saber con el que se busca cebarlas... así como inicialmente respondieron a la fascinación de Freud con los fantasmas de seducción, así, hoy en día, a veces, vuelven contra la *ego-psychology* su propio discurso bajo una forma invertida” (MALEVAL 1986, 86). Y esto es así ya que, para esta corriente, el objetivo de la cura reside en la incorporación del yo fuerte del analista. Pero ante ello la histérica enloquece y es por esta razón que a muchos de estos casos los comienzan a ubicar a partir de las nociones de *borderline* o personalidad narcisística, en una dirección que lleva a la fragmentación presentada actualmente en los manuales diagnósticos.

Por ejemplo, Otto Kernberg no duda en integrar a la histeria como *borderline* a partir de acentuar el desdoblamiento de la personalidad. Pero establece una diferencia ya que en éste último la debilidad yoica es mayor, y por ello incluye también a las psicosis -a los casos de personalidades “como sí” de H. Deutsch- y a la perversión.

La relevancia de estos diversos autores permite entender que en el siglo XX han surgido problemas para la delimitación de la histeria, en función de la variabilidad del tipo clínico y la mayor ausencia de la espectacularidad de los síntomas conversivos. Así, han considerado que el análisis de los síntomas carecía de importancia en la histeria, y preferían caracterizarla como estado, predisposición, o patología de la personalidad. En consecuencia, la histeria fue reemplazada por la categoría de personalidad o carácter histérico, lo cual conllevó su desaparición como neurosis, al privilegiarse las características del yo histérico y sus defensas, como así también al confundirse tanto el abordaje sintomatológico como estructural.

Cabe mencionar que la psiquiatría actual y sus manuales estadísticos, plantean una orientación afín en tanto proponen una fragmentación que disuelve la consistencia del tipo cuando distribuye las manifestaciones sintomáticas en función de los ejes que estructuran los trastornos. En dicha fragmentación, se incluyen el trastorno histriónico de la personalidad, los trastornos amnésicos, los trastornos somatomorfos, esto es, los trastornos de somatización, los trastornos de ansiedad, los trastornos de identidad disociativos, en una amplia variedad sin estructura.

De todos modos, y si bien estos autores destacan la mayor disociación o integridad del cuadro, cabe no olvidar que el psicoanálisis ha comenzado con casos graves, con enfermos muy seriamente atacados, tal como lo demuestran Breuer y Freud. Y, por otra parte, también es cierto que este último analiza diversos casos en su variedad sintomática, pero efectuando un recorte del tipo que permitirá formalizar un pasaje del síntoma a la estructura. Así, se dife-

renciará de la psiquiatría ya que, en el dispositivo analítico, adquiere relevancia la articulación del síntoma con la enunciación. Y ello lo demuestra el sueño de la bella carnicera, que desafía e interpela el saber freudiano al sostener: “Dice usted que siempre el sueño es un deseo cumplido -comienza una ingeniosa paciente-. Ahora le contaré un sueño cuyo contenido es todo lo contrario, puesto que *no* me cumple un deseo. ¿Cómo lo hace condecir usted con su teoría?” (FREUD 1900, 164-165). Así, Lacan, desde una perspectiva que atiende al realismo de las estructuras, lo eleva al “paradigma” (LACAN 1973, 584) de la estructura a partir de sostener un deseo insatisfecho. Tal como afirma Freud: “Noto que se ve precisada a crearse en la vida un deseo incumplido. Su sueño le muestra cumplido ese rehusamiento del deseo” (FREUD, *Ibid.*).

De este modo, entiendo que la histeria necesita sostener un deseo insatisfecho y gozar de esa privación, a partir de la distancia del objeto en su renuencia a ser colmada y la prevalencia de la falta, lo cual constituye el resorte de la identificación histérica, allí donde la imitación o el contagio se apoyan sobre la comunidad de una falta que da cuenta de la estrategia histérica a nivel de la estructura. Con respecto a la identificación, la bella carnicera se identifica con su amiga, y Freud explica en detalle todo lo concerniente a la misma en términos de imitación o contagio en torno de una falta -no sin cierta extensión, pero con una precisión que detalla punto por punto la estrategia histérica a nivel identificatorio-. Señala que “...se ha puesto en el lugar de ésta o, como podemos decir, se ha *identificado* con ella. Opino que eso es realmente lo que ha hecho, y como señal de esta identificación se ha creado el deseo denegado en la realidad. Ahora bien, ¿qué sentido tiene la identificación histérica? Esclarecerlo requeriría una exposición detallada. La identificación es un aspecto importante en extremo para el mecanismo de los síntomas histéricos; por ese camino los enfermos llegan a expresar en sus síntomas las vivencias de toda una serie de personas, y no sólo las propias; es como si padecieran por todo un grupo de hombres y figuraran todos los papeles de un drama con sus solos recursos personales. Se me objetará que esta es la conocida imitación histérica, la capacidad de los histéricos para imitar todos los síntomas que les han impresionado en otros, por así decir una compasión que se extrema hasta la reproducción. Pero con ello no se ha designado sino el camino por el cual discurre el proceso psíquico en el caso de la imitación histérica; una cosa es el camino y otra el acto psíquico que marcha por él. Este último es algo más complicado que la imitación de los histéricos, tal como suele concebírsele; responde a un proceso inconsciente de razonamiento, como lo aclarará un ejemplo. El médico que en la misma sala de hospital, junto a otras enfermas, tiene una que padece de convulsiones de un tipo determinado, no se asombrará si una buena mañana ve que ese mismo ataque histérico ha encontrado imitadoras. Se dirá, simplemente: «Las otras la han visto y la han imitado; es una infección psíquica». Sin duda, pero esa infección psíquica procede, por ejemplo, así: Por lo general, las enfermas saben más unas de otras que el médico de

cada una de ellas, y se afligen unas por otras cuando está por llegar la visita médica. A una le ha sobrevenido su ataque; las otras enseguida toman conocimiento de que la causa ha sido una carta de su familia, el reavivamiento de una cuita de amor, etc. Esto despierta su compasión, y se cumple en ellas un razonamiento que no llega a la conciencia: «Si por una causa así puede una tener tal ataque, puede sobrevenirme a mí también, pues tengo iguales motivos». Si ese razonamiento fuera susceptible de conciencia, quizá desembocaría en la *angustia* de que le sobrevenga a una idéntico ataque; pero se cumple en otro terreno psíquico, y por eso acaba en la realización del síntoma temido. Por tanto, la identificación no es simple imitación, sino *apropiación* sobre la base de la misma reivindicación etiológica; expresa un «igual que» y se refiere a algo común que permanece en lo inconsciente. En la histeria, la identificación es usada con la máxima frecuencia para expresar una comunidad {*Gemeinsamkeit*} sexual. La histérica se identifica en sus síntomas preferentemente -si bien no de manera exclusiva- con las personas con quienes ha tenido comercio sexual o que lo tienen con las mismas personas que ella. El lenguaje revela también una concepción así. Dos amantes son «uno». Tanto en la fantasía histérica como en el sueño, basta para la identificación que se piense en relaciones sexuales, sin necesidad de que estas sean reales. Nuestra paciente, entonces, no hace sino seguir la regla de los procesos histéricos de pensamiento cuando expresa sus celos contra su amiga (que ella misma hubo de reconocer injustificados, por lo demás) poniéndose en el lugar de ella en el sueño e identificándosele mediante la creación de un síntoma (el deseo denegado)”. (FREUD, *Ibid.*, 167-168). Y aquí cabe destacar la diferencia establecida por Lacan a nivel estructural, pues la crítica que él mismo realiza radica en el prejuicio freudiano de pensar a la histérica y su relación con la otra mujer a nivel de los celos, confundiendo el objeto de deseo con el objeto de identificación. Y Freud mismo ha reparado en ello al plantear, en el caso Dora, los pensamientos reforzados, hipervalentes o hipervalentes sobre la relación entre su padre y la Sra. K. Freud afirma que “...obraba como una mujer celosa” (FREUD 1905, 50), aunque destaca a su vez que se identificaba con ésta y su madre, con las dos mujeres amadas por el padre. Así, Freud concluye que Dora hacía esto pues estaba enamorada de él para, a su vez, sofocar el amor por el Sr. K., otorgando a lo acontecido un fundamento edípico que respondía como un refugio al enamoramiento, a las mociones de rechazo y ternura por este hombre -el Sr. K.-.

Pero Freud evalúa a continuación la corriente que une a Dora, la Sra. K. y la intimidad entre ambas, la dimensión de la fascinación y el enigma, ya que eran confidentes a nivel del saber sexual. A partir de ello, él destaca el amor de Dora hacia ella, como así también la presencia de sentimientos varoniles o ginecófilos en la vida amorosa de las muchachas histéricas, y allí sitúa su error técnico, por haber omitido este elemento en el que reconoce haber quedado atascado.

A su vez, en “Intervención sobre la transferencia”, Lacan

señala esta crítica, este prejuicio freudiano, al pensar en Dora sin tener en cuenta la dimensión de lo femenino que sostiene su pregunta, y que lleva a Lacan a delimitar el lugar de la misma a partir de la relación sexual que no hay como punto estructural, tal como será desarrollado a continuación.

3. Lacan y la certeza del discurso histórico

Una vez ubicada la herencia freudiana a nivel del tipo clínico, Lacan se pregunta qué le aporta el psicoanálisis a esta clínica, y la respuesta implica que el síntoma debe pasar por el decir en transferencia. Así, el síntoma, cuando es intervenido por el procedimiento freudiano, alcanza una nueva configuración. Ello en la medida que la transferencia permite un nuevo modo de transmisión del síntoma y pone en forma al sujeto en su división con respecto al saber. De este modo, el discurso analítico aporta una luz al elucidar algo de los tipos clínicos cuando pasa el síntoma a decirse en transferencia, permitiendo un pasaje desde la clínica de los tipos a la estructura que delimita el discurso analítico. Ahora bien, eso es seguro pero no es cierto, plantea Lacan, en referencia a la certeza que define a la ciencia. Y es que "...necesitamos la certeza, porque solo ella puede transmitirse, al demostrarse" (LACAN 1973, 583).

"Que los tipos clínicos responden a la estructura es algo que puede escribirse ya, aunque no sin fluctuación. Solo es cierto y transmisible del discurso histórico. Es incluso en lo cual se manifiesta en él algo real próximo al discurso científico" (LACAN *Ibíd.*). En consecuencia, el único punto de certeza pasible de establecerse es en el discurso histórico, allí donde la clínica se aproxima a un punto de real, al advertir aquello que resulta disarmónico en relación con la sexualidad del ser hablante, el real de la no relación sexual. De este modo, la única estructura que alcanza ese punto de certeza es la histeria, aún donde diversos casos no compartan el mismo sentido, comparten la misma estructura, el mismo agujero a partir de la identificación histórica, donde hacen serie en torno a la falta tomada como objeto. Al plantear que el discurso histórico es el único tipo que alcanza una formalización transmisible y demostrable en el campo de la clínica psicoanalítica, ello está condicionado por la forma específica en que opera la identificación, ya que "...aquello por lo que en ellos o ellas juega la identificación es la estructura...por el hecho de que recae sobre el deseo, es decir, sobre la falta tomada como objeto y no sobre la causa de la falta" (LACAN *Ibíd.*), tal como lo demuestra el caso ya mencionado de la bella carnicera, allí donde asume la falta identificándose con ella. En consecuencia, a pesar de la variedad de síntomas, que a su vez responde a sentidos diversos, la estructura es la misma, considerando la función de la identificación que delimita tal estructura¹.

Lacan le ha otorgado un valor fundamental a la histeria, afirmando que fue el psicoanálisis el que ha hecho su

aporte para que cedan los síntomas espectaculares de antaño a partir del tratamiento por la vía del discurso, y que por ello debe ser abordada según la lógica de su estructura discursiva, lo cual configura a su vez las nuevas formas de presentación de los síntomas, tal como lo desarrolla en torno de los discursos y a las diversas configuraciones obedientes a distintas épocas. Y ello constituye el punto estructural que permite sostener la vigencia de la histeria a pesar del estatuto del Otro en la actualidad.

Ya en los inicios de su enseñanza, en el escrito "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", Lacan planteaba una diferencia entre la intrasubjetividad obsesiva y la intersubjetividad histórica, en la medida en que dirige el síntoma al Otro y revela allí un punto de agujero. Afirma que Freud pudo expresar que la neurosis es histórica y que revela un punto de real en el no hay relación sexual, ya que "Es verdad que Freud se detiene cuando descubre el sentido sexual de la estructura...pues en ninguna parte, bajo ningún signo, se inscribe el sexo por medio de una proporción" (LACAN 1973, 580). Y culminando con su enseñanza, en *Palabras sobre la histeria*, sostiene esta misma articulación entre la sexualidad y el discurso al afirmar que la sexualidad esta captada en las palabras. O bien en la "Introducción...", donde el sentido de la función de goce sexual "...da una idea aproximada de lo que puede dar cuenta de la entrada de algo real en el mundo del "ser" hablante (siendo claro que su ser le viene de la palabra). Sospechemos que la palabra tiene la misma dicho-mensión gracias a la cual el único real que no puede inscribirse en ella es la proporción sexual" (*Ibíd.*).

La histeria da cuenta de esta no relación o proporción a nivel sexual y de la falta puesta allí en juego. Y es por ello que también sostendrá que la histeria es metafísica, ya que pone en juego la falta en ser y verifica así la fuga del tonel, en tanto no constituye un discurso cerrado, sino uno que habla de la falta y la no relación a nivel de la estructura. De este modo, en el análisis, a través del síntoma y por el amor de transferencia, es posible localizar un punto de imposible, un punto de real por un punto de fuga. Como consecuencia, es posible situar así un punto de certeza demostrable y transmisible.

Cabe destacar -para concluir este desarrollo pero también como apertura de lo que retomaremos en otros trabajos de esta investigación- que lo imposible puede demostrarse a partir de la contingencia de un buen encuentro, esa es la apuesta del análisis; "Y que desde allí un real se atestigüe, que, por estar mejor fundado, sea transmisible por la fuga a la que responde todo discurso" (LACAN 1973, 585).

¹Así, establece la relación entre ambos afirmando que "...aquello que responde a la misma estructura no tiene forzosamente el mismo sentido. Por eso no hay análisis sino de lo particular" (LACAN 1973, 583).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1907-1924): *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Paidós, 1980.
- Babinski, J. (1901) "Definición de la histeria". En *Las histerias*, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1984, 159-168.
- Brousse, M.-H. (2002) «Mort et résurrection de l'hystérie». En *Mental*, N° 11, Paris, New Lacanian School, 2002, 66-71.
- Chaslin, P. *Elementos de semiología y clínica mentales*. Polemos, Buenos Aires, 2010.
- Charcot, J. M. (1887-8) "Gran histeria o hístico-epilepsia". En *Las histerias*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984, 115-129.
- Charcot, J. M. (1887-8) "Acerca de la hístico-epilepsia". En *op. cit.*, 131-145.
- Fairbairn, R. (1953) *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- Fenichel, O. (1945): *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Ferenczi, S. (1926): *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
- Freud, S. (1932) "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", 33° conferencia: "La feminidad". En *op. cit.*, 1979. T. XXII, 104-125.
- Freud, S. (1931) "Sobre la sexualidad femenina". En *op. cit.*, T. XXI, 1979, 223-244.
- Freud, S. (1925a) "Inhibición síntoma y angustia". En *op. cit.*, T. XX, 71-164.
- Freud, S. (1925b) "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". En *op. cit.*, 1979. T. XIX, 259-276.
- Freud, S. (1923b) "La organización genital infantil". En *op. cit.*, 1979. T. XIX, 141-150.
- Freud, S. (1921) "Psicología de las masas y análisis del yo". En *op. cit.*, T. XVIII, 63-136.
- Freud, S. (1909a) "Apreciaciones generales sobre el ataque hístico". En *op. cit.*, T. IX, 203-212.
- Freud, S. (1908) "Las fantasías hísticas y su relación con la bisexualidad". En *op. cit.*, T. IX, 137-148.
- Freud, S. (1905) "Fragmento de análisis de un caso de histeria". En *op. cit.*, 1979, T. VII, 1-108.
- Freud, S. (1900) "La interpretación de los sueños". En *op. cit.*, T. V., 1976.
- Freud, S. (1900) "La interpretación de los sueños". En *op. cit.*, T. IV., 1976.
- Freud, S. y Breuer, J. (1893-95) "Estudios sobre la histeria". En *op. cit.*, T. II, 1990, 1-325.
- Freud, S. (1893) "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e hísticas". En *op. cit.*, 191-210.
- Freud, S. (1893): "Charcot". En *op. cit.*, T. 3, 1994, 7-24
- Freud, S. (1888) "Histeria". En *op. cit.*, 41-66.
- Freud, S. (1886) "Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón hístico". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1991, Tomo I, 23-34.
- Freud, S. (1886): "Prólogo a la traducción de J. M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*". En *op. cit.*, T. 1, 1991, 17-22.
- Janet, P. (1893) *Etat mental des hystériques: Les stigmates mentaux*, Paris, Rueff, 1909, 169-191.
- Janet, P. (1893) "El estado mental hístico". En *Las histerias*, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1984, 169-191.
- Lacan, J. (1977-1978) *El seminario, Libro 25: El momento de concluir*, inédito.
- Lacan, J. (1976-77) *El seminario, Libro 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*, inédito.
- Lacan, J. (1975-76) *El seminario, Libro 23: Le sinthome*, Buenos Aires, Paidós, 2007.
- Lacan, J. (1975c) "Joyce el síntoma II", 20-6-75. En *Uno por Uno, Revista Mundial de Psicoanálisis* (edición latinoamericana), N° 45, Buenos Aires, Eolia, 1997, 9-14.
- Lacan, J. (1975d) "Joyce el síntoma I", 16-6-75. En *Uno por Uno*, N° 44, Buenos Aires, Eolia, 1996.
- Lacan, J. (1973) "Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos". En *Otros escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, 579-585.
- Lacan, J. (1973): "Televisión". En *Otros escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, 535-571.
- Lacan, J. (1973): "Autocomentario". En *Uno por uno*, Buenos Aires, Ed. Latinoamericana, 1996, 9-20.
- Lacan, J. (1972-73) *El seminario. Libro 20: Aun*, Buenos Aires, Paidós, 1981.
- Lacan, J. (1972) "El atolondradicho". En *Escansión*, N° 1, Buenos Aires, Paidós, 1984, 15-69.
- Lacan, J. (1971-72) *El Seminario. Libro XIX: ...ou pire*, Buenos Aires, Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1970-71) *El Seminario. Libro XVIII: De un discurso que no fuese del semblante*, Buenos Aires, Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1969-70) *El Seminario. Libro XVII: El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1992.
- Lacan, J. (1960b) "Ideas directivas para un congreso sobre sexualidad femenina". En *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2002, 704-718.
- Lacan, J. (1951) "Intervención sobre la transferencia". En *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002, 204-218.
- Laurent, E. (2000) "El reverso del síntoma hístico". En *Freudiana*, N° 29, Barcelona, 2000, 51-60.
- Maleval, J. C. (1994): "Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX". www.revistaen.es/index.php/aen/article/download/15372/15233
- Maleval, J. C. (1985) "Las variaciones del campo de la histeria en psicoanálisis". En *Histeria y obsesión*, Buenos Aires, Manantial, 1986.
- Mazzuca, R., Schejtman, F. y Godoy, C. (2003) *Cizalla del cuerpo y del alma. La neurosis de Freud a Lacan*, Buenos Aires, Berggasse 19, 2003.
- Napolitano, G. (2009) "Estructura de la histeria y variedades sintomáticas". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, 2009, ISSN 1515-3894, 147-158.
- Reich, W. (1949) *Análisis del carácter*. Paidós, Barcelona, 1980.
- Soler, C. (1994) "Posición femenina e histeria". En *Momentos resolutivos de la cura analítica*, EOL-Córdoba, 35-54.

Fecha de recepción: 20/04/15

Fecha de aceptación: 05/08/15