

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Locuras históricas: el recorrido del concepto en el campo psicoanalítico.

Wajnszyld, Martina.

Cita:

Wajnszyld, Martina (2023). *Locuras históricas: el recorrido del concepto en el campo psicoanalítico*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/892>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/Qoe>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LOCURAS HISTÉRICAS: EL RECORRIDO DEL CONCEPTO EN EL CAMPO PSICOANALÍTICO

Wajnszyld, Martina

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hospital General de Agudos Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Habitualmente, en nuestra práctica nos vemos compelidos a enfrentarnos a pacientes con las más diversas presentaciones, y en muchos casos, la locura parece innegable. La sensación de estar frente a una persona enloquecida, nos suele llevar, muchas veces erróneamente a barajar el diagnóstico de psicosis. Esto puede ser un riesgo, como cualquier conclusión apresurada, pero particularmente en este caso, nos puede sesgar la escucha y las intervenciones y llevarnos a tomar decisiones clínicas distintas a las que tomaríamos si nos diéramos más tiempo para pensar -y escuchar-. Esto nos habla de dos cuestiones fundamentales: la locura no sería sinónimo de un diagnóstico de psicosis, por un lado, y por el otro, nos marca lo necesario que resulta establecer la diferencia entre fenómeno y estructura. En este trabajo nos propondremos abordar posibles relaciones entre locura y neurosis, y más específicamente, entre locura e histeria.

Palabras clave

Locura - Histeria - Diagnóstico

ABSTRACT

HYSTERICAL MADNESS: THE ROUTE OF THE CONCEPT IN THE PSYCHOANALYTIC FIELD

Usually, in our practice we are compelled to deal with patients with the most diverse presentations, and in many cases, the madness seems undeniable. The feeling of being in front of a crazy person often leads us, often mistakenly, to consider the diagnosis of psychosis. This can be a risk, like any hasty conclusion, but particularly in this case, it can bias our listening and interventions and lead us to make clinical decisions that are different from those we would make if we gave ourselves more time to think -and listen-. This speaks to us of two fundamental issues: madness would not be synonymous with a diagnosis of psychosis, on the one hand, and on the other, it shows how necessary it is to establish the difference between phenomenon and structure. In this paper we will propose to address possible relationships between madness and neurosis, and more specifically, between madness and hysteria.

Keywords

Madness - Hysteria - Diagnosis

Freud, refiriéndose a manifestaciones delirantes, alucinatorias o fenómenos corporales que no habían aparecido previamente aseveraba “No es raro que una psicosis de defensa interrumpa *episódicamente* la trayectoria de una neurosis histérica o mixta” (Freud 1894, 61). Es cierto que aún no estaba construida la separación estructural entre neurosis y psicosis, pero también podría estar dando cuenta de que la interrupción episódica de comportamientos alocados no está exenta en las neurosis.

La locura entonces, por lo visto, no sería patrimonio exclusivo de la psicosis. De hecho hay psicosis no enloquecidas también: ya sea no enloquecidas *todavía*, o bien que nunca llegan a desencadenarse. La locura parecería así una categoría transestructural, que atraviesa perpendicularmente el trípode estructural Lacaniano neurosis-psicosis-perversión, pudiendo aparecer -o no- fenomenológicamente en cualquier estructura clínica.

Para hacer una breve reseña sobre el surgimiento del término “locura histérica” nos basaremos fundamentalmente en los estudios realizados por Jean Claude Maleval, psicoanalista Lacaniano y clínico eminente quien ubica el inicio de dicho concepto a mediados del Siglo XIX aproximadamente.

El autor refiere: “Fue fundamental para que ello se produzca el aporte de Wilhelm Griesinger, neurólogo y psiquiatra alemán, quien en 1845 comienza a describir ciertas locuras histéricas crónicas que presentan diferencias respecto de la histeria ordinaria, tales como la presencia de delirios y alucinaciones” (Maleval, 1981).

“Seis años después, en 1851, un médico francés apellidado Sandras describe como propio de las locuras histéricas al delirio nervioso: un tipo particular de delirio que no aparece en los alienados y tiene como causa principal a las pasiones humanas y lo que el autor denomina como conmociones morales. El delirio nervioso está caracterizado por su limitación en el tiempo, sus causas comprensibles y por ser curable por diferentes métodos”. (Ibid).

Continúa Maleval: “En 1860 Bénédicte More escribe el Tratado de las enfermedades mentales, donde propone una nueva clasificación de los trastornos en seis grupos, de los cuales uno de ellos se divide en locura histérica, hipocondríaca y epiléptica. Esto implica que la histeria es capaz de crear una locura, así como la epilepsia y la hipocondría”. (Ibid). En este contexto, queda denominada la locura histérica como un estado mental

que toma de la histeria sus caracteres esenciales, destacando su propiedad diagnóstica de su carácter proteiforme, susceptible de involucrar a todo el organismo en sus manifestaciones.

“Estas se revelan bajo la forma de delirios de celos, cóleras, impulsos, alucinaciones, tristeza interrumpida por alegría, agitaciones maníacas, entre otras formas de presentación” (Álvarez, 2010).

Pierre Janet será quien postule a la locura histérica como un síntoma causado por el remordimiento, al que puede inducirse a una cura bajo la sugestión hipnótica.

“Emil Kraepelin considera a la locura histérica dentro del conjunto de las neurosis generales. El cuadro abordado a lo largo de esta tesis es caracterizado por el psiquiatra alemán por la aparición de crisis teatrales, anestias, estrechamiento del campo ocular, polimorfismo de los trastornos y la eficacia de la sugestión para tratarlos”. (Maleval, 1981)

Maleval ubica que en el año 1911, este diagnóstico empieza a desaparecer con el auge del concepto de esquizofrenia, creado por Eugen Bleuler. “El diagnóstico diferencial entre histeria y demencia precoz implica que en este último los trastornos se mostrarían más acentuados y prevalecería la indiferencia afectiva”. (Maleval, 1981).

Por su parte, Jung le escribe a Freud el 4 de junio de 1907: “Actualmente tengo un caso en el que, a pesar de todos mis esfuerzos, no puedo distinguir si se trata de una demencia precoz o de una histeria. Hay que decir que de manera general las diferencias entre demencia precoz e histeria se borran en mí de manera completamente inquietante desde que analizo.” (p.108), lo que da cuenta de la dificultad de diagnosticar en algunos casos clínicos, y de la importancia de un estudio exhaustivo para tal fin.

Allí (a partir del concepto de esquizofrenia) comenzó una tendencia a incluir la mayoría de las manifestaciones delirantes y alucinatorias de la histeria en la esquizofrenia (Maleval, 1981).

En resumidas cuentas, tanto los psiquiatras de escuela francesa, como los de la alemana, coinciden respecto al polimorfismo de las manifestaciones de la locura histérica, incluyendo, a modo de ejemplo del carácter proteiforme de la histeria: los delirios polimorfos, cóleras, impulsos, alucinaciones, tristeza interrumpida por alegría, agitaciones maníacas, entre otras maneras de presentación. Es decir, la plasticidad sintomática de la histeria es lo que se ve reflejada en las conceptualizaciones, la capacidad de reproducir múltiples fenómenos sintomáticos en un mismo sujeto.

El psicoanálisis y la locura histérica

Desde la perspectiva Lacaniana, estructuralista, las “estructuras Freudianas” no intersectan y no son combinables entre sí. No podemos saldar entonces este problema con la tesis del desencadenamiento de una psicosis en el curso de una neurosis, o ubicando núcleos, o fragmentos, o partes de una psicosis en una neurosis o viceversa, como han hecho otras escuelas

de psicoanálisis. Siguiendo esta lógica, tampoco recurrimos al concepto de caso borderline, (aún siendo necesario manejar la descripción semiológica del mismo para poder desenvolvemos en el trabajo interdisciplinario con quienes sí lo consideran a la hora de diagnosticar).

Otros autores se han referido al problema de diversos modos: “estados locos íntimos” (Khan 1982), “locuras histéricas” (Maleval 1981), “episodios psicóticos” (Nasio 1988), “aparición de fenómenos psicóticos en estructuras neuróticas” (Fernández 2005), “suspensión de la neurosis que deja lugar a un desencadenamiento que parece psicótico” (ibídem).

Pablo Muñoz (2010) explica sobre esto: “Vale decir que intentan teorizar y explicar la aparición de fenómenos clásicamente considerados psicóticos en neurosis, sin rescatar de la psiquiatría y el psicoanálisis anglosajón el término borderline o el francés états limites (estados límites), destacando -los autores de formación Lacaniana- que no debe confundirse la apariencia del fenómeno con la estructura psicótica” (Muñoz, 2010)

Frecuentemente, tanto por guardia atendiendo interdisciplinariamente, como en los casos de exposición de un caso clínico en conjunto entre psicoanalistas y médicos o psicólogos que trabajan desde otras teorías surge el debate sobre si el paciente “es” psicótico, o si “está” psicótico, aludiendo a una estructura clínica en el primer caso y a un cuadro fenomenológico, en el segundo. Pienso que parte de esta dicotomía puede saldarse al situar y circunscribir a la letra cada teoría en la cual nos formamos, entender que es una discusión incluso epistemológica y que puede considerarse que no se trata de dos posturas que responden, confrontándose, a la misma pregunta, sino desde el comienzo, parten de preguntas diferentes, a abordar por separado.

Como veíamos entonces, el psicoanálisis, y más específicamente la lectura Lacaniana, a la cual adhiero, no admite un *estar psicótico* dentro de una estructura neurótica.

Desde ya que sí se puede pensar en un cuadro enloquecido bajo la estructura neurótica, en una presentación particular, pero con diferentes puntos de partida. No estaríamos refiriéndonos aquí a un sujeto suelto del Otro, en quien la metáfora del significante del Nombre del Padre no se haya producido, sino a otro tipo de coordenadas posibilitadoras de desencadenamientos. Veremos luego en qué podría consistir esto.

A la hora de realizar un diagnóstico diferencial...

Pablo Muñoz plantea, a mi entender, muy atinadamente: “El término “locura” se aviene bien a nombrar esta serie de fenómenos que pueden presentarse en una neurosis y que pueden confundirse con psicosis (...) porque permite prescindir del uso del término “psicosis”, reservado en el Lacanismo para la estructura, a la vez que -por las relaciones históricas entre ambos términos en el campo de la psiquiatría- alude a aquello que se quiere indicar cuando se afirma descriptivamente que se presentó un “fenómeno psicótico” en una neurosis. (...) Nos parece, por tanto, que “locura” es un buen término para referir a la ob-

servación formulada por Freud citada, que podemos parafrasear entonces del siguiente modo: “no es raro que una locura interrumpa episódicamente la trayectoria de una neurosis histérica o mixta”. (Muñoz, 2010)

Considero que una forma para dilucidar este problema diagnóstico podría abordarse por la vía de contraponer la semiología del delirio en ambas categorías, teniendo en cuenta principalmente su inicio, evolución y finalización, y hallando diferencias fenoménicas, aunque sutiles algunas, siempre detectables a una escucha agudizada.

Para esto podemos servirnos nuevamente de Maleval, quien no se priva de recurrir a Freud y Lacan para formular estas precisiones: “El delirio histérico no es un delirio disociado” (Maleval 1981), distinguiendo la disociación histérica de Freud como estructuralmente distinta de la esquizia que Bleuler especificó para la esquizofrenia, y concluyendo que las locuras histéricas no son psicosis sino histerias graves.

Muñoz asegura: “El desencadenamiento de los trastornos, la omnipresencia de la significación fálica, la riqueza de las metáforas, la ausencia de neologismos y otros trastornos del lenguaje, y la no disociación de los temas delirantes, son los datos que Maleval recoge para llevar a las locuras histéricas fuera del campo de la forclusión del significante del Nombre-del-Padre.” (Muñoz, 2010), refiere el autor, aportando indicadores diagnósticos propios del campo neurótico, que harán descartar estructuras psicóticas.

Por supuesto que la psicosis está también en el campo del lenguaje, el psicótico se comunica con los otros y además es a partir del lenguaje que en muchos casos se puede incluso hacer diagnóstico (localizando sus trastornos como neologismos, significación delirante, etc.), pero también implica un tratamiento de la palabra distinto del que implica la neurosis.

Refiere Maleval: “La función de la palabra “es ante todo, hablar a otros”. En la neurosis, podemos ubicar una direccionalidad hacia el Otro; en tanto el psicótico “más que hablar, es hablado” (Lacan 1953) por el Otro. Y lo que el psicótico nos cuenta es su testimonio de cómo el Otro le ha hablado”.

Pablo Muñoz nos propone dos formas de abordar estas presentaciones de tan compleja diagnosis:

“1) O las hacemos entrar en el marco nosológico construido por el saber psiquiátrico, y las consideramos psicosis (serán entonces una forma más, que se agrega a paranoia, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, o bien una variedad de alguna de ellas, si es que deseamos conservar las grandes categorías), o acordamos llamar así a las histerias graves -como lo hace Maleval-; 2) O lo abordamos desde el ángulo de una escucha transferencial de la palabra. Desde esta perspectiva, que es la analítica, podremos hablar de locuras histéricas en neurosis o psicosis, caso por caso, según la respuesta a la transferencia” (Muñoz, 2010)

En síntesis, podemos hablar entonces de un caso de histeria, menos o más enloquecida, en tanto aparezca algo en el terreno transferencial que de cuenta de un intento de barrar al Otro,

poniendo en juego la insatisfacción esencial en cuanto a su modalidad de deseo.

“Es en el campo de la transferencia donde habrá de aparecer el rechazo como modo de preservación de la falta, en vista de un Amo que la colme fálicamente. Barrar al Amo para preservar la insatisfacción es el modo en que podríamos definir con Lacan el lazo transferencial histérico.” (Muñoz, 2010)

Por el contrario, nos encontraremos frente a un caso de *locura* psicótica cuando no logremos hallar esa direccionalidad al Otro, y por el contrario, seamos testigos de la función testimonial de la palabra, respecto de la intrusión de un goce en exceso, absoluto y amenazante.

Si consideramos entonces a locura como las manifestaciones delirantes, la presencia de excitación psicomotriz y alucinaciones, así como la confusión acerca de la ubicación témporo-espacial, puede confundirse con esquizofrenia, pero Jean Claude Maleval (1981) se detiene en la descripción de ciertos indicadores para poder realizar una diferenciación entre dichas entidades clínicas.

Una de las distinciones que se destacan es la modalidad del desencadenamiento. En las locuras histéricas a diferencia de las psicosis, no se encuentra lo que Lacan llama la coyuntura dramática del desencadenamiento. No es ubicable una exigencia a responder con el Nombre del Padre faltante, es decir, no se encuentra la escena en la que el sujeto es confrontado con la ausencia de lo simbólico de lo cual no dispone.

Por otra parte, Maleval (1981) subrayará como indicador diagnóstico el mecanismo del delirio. En el caso de la histeria, se trata de lo que describe como delirios oníricos, conformados por un mecanismo similar al de los sueños y diferenciándose del delirio psicótico, tendrán estos un significado inconsciente.

“En la proyección del delirio, histérico, se reconocen los mecanismos propios del sueño, a saber: el desplazamiento (la metonimia) y la condensación (la metáfora)”. Existe algo en el delirio histérico que nos puede hacer pensar que remite a la Otra escena. En cambio, en el caso de la psicosis, cuando parecen presentarse significados metafóricos, hay que subrayar que sólo para el oyente o lector constituyen metáforas y no para el sujeto mismo. Sus manifestaciones no remiten a ninguna otra significación.” (Maleval, 1981). El psicótico no se reapropia de la significación de su delirio. Si hay metáfora, la misma no es susceptible de ser reintroducida en su discurso.

Otro punto fundamental es que en el caso de las locuras histéricas, tal como explican los autores, tampoco se observan neologismos, alteraciones del lenguaje propias del decir psicótico que fueron descritos por Lacan (1955) y suponen una ruptura en el discurso. Palabras que no remiten más que a sí mismas; haciendo referencia al vacío de significación por un lado y a la significación plena, como contracara, donde ciertas palabras colman al sujeto psicótico de un sentido enigmático que desconoce, pero que *sabe* que le concierne.

Otra característica de estas presentaciones histéricas es que

pueden combinarse alucinaciones y delirios con los síntomas conversivos más característicos de esta categoría diagnóstica. Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es la respuesta a la transferencia. Las locuras histéricas se comportarían de igual modo que otras formas de histeria susceptibles al tratamiento analítico por vía del sentido y la asociación libre.

Por último, se debe rescatar como esencial del delirio histérico el componente teatral, la dramaturgia del personaje, una riqueza imaginativa, pero que no progresa hacia un polo autístico, manteniendo siempre una relación objetal.

El histérico delirante no es para nada indiferente a la respuesta del Otro.

Para ir concluyendo, Junto a Lacan y su teoría entendemos a la locura como la expresión clínica de una afección “en términos de alteración de lo imaginario, entendiéndose por tal las modificaciones de la imagen corporal y su aprehensión subjetiva, así como la distorsión de las relaciones con los semejantes. Esta alteración de lo imaginario no se plantea como algo aislado sino que implica y supone una transformación de lo simbólico y de lo real.” (Muñoz, 2009)

Esto nos habla de dos cuestiones fundamentales: la locura no sería sinónimo de un diagnóstico de psicosis, por un lado, y por el otro, nos marca lo necesario que resulta establecer la diferencia entre fenómeno y estructura. Podemos estar frente a una neurosis, que en determinado momento presente diversos fenómenos de locura, o bien, encontrarnos con un sujeto de estructura psicótica, que por diferentes anudamientos y compensaciones, nunca llegue a enloquecer.

Será cuestión de, a quien le interese, ir ampliando la lectura para poder escuchar con los oídos despejados. Después de todo, la locura es algo inherente a todo ser hablante, el ingreso al universo del lenguaje, al campo del Otro, implica ya una alienación, dependerá de cada sujeto ir viéndoselas para hacer con eso. Y de nosotros no dejarnos guiar por apariencias alocadas a la hora de abrochar una conclusión. No perdernos como analistas en la semiología del paciente, que sin desmerecer en absoluto, a veces obnubila y obtura la escucha.

El caso por caso, como brújula y el pensar, en un segundo tiempo, como modalidad de acción.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M. (2010). *La histeria antes de Freud*. Madrid: Ergon.
- Fernández, E. (1993). *Diagnosticar las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa*. En *Obras completas*, tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923 [1922]). *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*. En *Obras Completas*, tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. y Breuer, J. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas*, tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1953). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1977). *Apertura de la sección clínica*. En *Ornicar 3*. Buenos Aires: Petrel.
- Lacan, J. (1977). *Apertura de la sección clínica*. En *Ornicar 3*. Buenos Aires: Petrel.
- Maleval, J. (1981). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz, P. (2010). *La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan I: locura y neurosis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Anuario de investigaciones. Vol. 17.
- Muñoz, P. (2011). *Las locuras según Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Muñoz, P. *Locura histérica o histerias enloquecidas*.
- Schejtman, F. & Godoy, C. (2006). *La histeria en el último período de la enseñanza de J. Lacan*. En *Anuario de Investigaciones*, N° XV, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Secretaría de Investigaciones.