

## EL ESPACIO DE LA HISTERIA DENTRO DEL DISCURSO PSIQUIÁTRICO CONTEMPORÁNEO

Oscar Fierro<sup>63</sup>  
Universidad Academia de Humanismo Cristiano  
Chile

### RESUMEN

A través de un seguimiento del desarrollo de la concepción freudiana de la neurosis, con especial énfasis en la histeria, se intenta reflexionar sobre el lugar que debería ocupar el psicoanálisis dentro del campo terapéutico, en una época en que predomina un discurso alienante del sujeto que estimula su rápida, económica y eficaz readaptación a la sociedad.

### PALABRAS CLAVE

Freud, Lacan, psicoanálisis, histeria

Recibido: marzo de 2007

Aceptado: julio de 2007

### INTRODUCCIÓN

La historia de la psiquiatría se extiende desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días, y se inaugura con el gesto fundacional de Pinel, de liberar a los locos de sus cadenas. Tal liberación engañosa no pasó de ser un desplazamiento desde una forma de dominio/alienación a otra. El antiguo grillete fue reemplazado por prácticas de alienación, que a lo largo de dos siglos, desplazaron la brutalidad de la fuerza por otras formas tecnificadas de violencia. De las cadenas al electroshock y, de allí, a la camisa de fuerza psicofarmacológica; la diferencia está puesta en el *refinamiento* y la *especificidad* de las técnicas y los dispositivos de control. Con el afán de ser

---

<sup>63</sup> Oscar Fierro es licenciado en Psicología por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Y actualmente es Profesor de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. E-mail es fierrojofre@yahoo.es

breves, nos instalamos en la cosa misma que queremos hacer ver: la clínica clásica fue denunciada, y no sin argumentos, de ser partícipe de la alienación de los enfermos mentales que pretendía sanar. Las razones esgrimidas fueron la estructura del hospital (en donde se lograban las condiciones de “pureza y aislamiento” adecuadas para la emergencia de la “enfermedad misma”) y el método de “enfrentarse” al otro y describirlo siguiendo el interrogatorio psiquiátrico, pues, se sabe que en el plano del método, la clínica utiliza la observación científica, racional, descriptiva, formal y externa para clasificar los fenómenos psicopatológicos, haciendo del sujeto un objeto (tal como cualquier ente del campo de la naturaleza) despojándolo, como resultado, de su subjetividad.

Autores como Foucault y Bercherie nos permiten pensar que una parte central de la *episteme* del siglo XIX (organización subyacente del saber, en este caso psiquiátrico) está regulada y obsesionada con la metáfora de la mirada como clave de su proceder. Ahora bien, con Freud ingresa de lleno un cúmulo de nuevas observaciones que no pueden hacer menos que generar un cambio epistemológico, un viraje en el paradigma psicopatológico y un desplazamiento de esta metáfora rectora por otra: la voz y la escucha se instalan en el lugar central. Con Freud se pone en primer plano, y ello por medio del estudio de la histeria, cómo la regulación de la fisiología en el viviente humano está desnaturalizada por la inmersión del sujeto en el espacio constitutivo del lenguaje. Paralelamente surge con Freud una preocupación por la dimensión del sentido del sujeto hablante allí precisamente donde era de esperar su ausencia (las formaciones del inconsciente: sueños, actos fallidos, síntoma, el chiste), es decir, una preocupación por la *significación subjetiva* de los fenómenos considerados como marginales, indignos del estudio científico.

Esta preocupación se evidencia desde temprano en Freud. En su texto “Comunicación preliminar” (1893) habla del efecto terapéutico (la cancelación de los síntomas, cura sugestiva-catártica) que trae la rememoración de los eventos traumáticos reprimidos (desalojados del yo) cuando son tramitados por medio de “operaciones asociativas”, es decir, cuando son

elaborados a través de la palabra, del discurso y, reanudados con el afecto que se había desprendido de la representación traumática.

Pues bien, el núcleo de este trabajo apunta a proponer algunos elementos para reflexionar sobre este giro freudiano, considerado por nosotros como fundamental en una época en que la tendencia psiquiátrica dominante tiende a volver al elemento descriptivo clásico, hace un voto de fe a la eficacia de la terapia farmacológica-conductual y, consecuentemente, apuesta por una línea de explicación etiológica de los trastornos mentales fundada en una causalidad genética en la cual se anula el sujeto, al habla-ser como lo llamaba Lacan, a favor de un ya allí, una forma de esencia, de inscripción heredada y constitucional en los genes.

Para esta reflexión propongo seguir el desarrollo de la concepción freudiana de la neurosis, inserta en el medio histórico en donde ésta se desarrolló (siglo XIX), con especial énfasis en la histeria. Ello nos servirá de medio para colegir cuáles fueron los elementos que permitieron a Freud llegar a la hipótesis del inconsciente, y del rol eminentemente psicógeno de dichos fenómenos. Este ejercicio nos permitirá también apreciar el camino que se desanda cuando se intenta reducir el síntoma por medio de explicaciones puramente organicistas, dejando de lado el isomorfismo de estructura entre el síntoma y la palabra puesto en primer plano por el psicoanálisis. Entiéndase que con esto no se está negando lo positivo que puedan tener las investigaciones genético-moleculares y que en algunos trastornos se revele ciertamente un componente genético actuando, por ejemplo, cierto tipo de depresiones endógenas. La preocupación apunta en otra dimensión: al peligro que encierra cierto reduccionismo en tanto representa una negación alienante del sujeto. En ello se expresa mi postura: afirmar el lugar central que sigue teniendo el psicoanálisis dentro del campo terapéutico, allende de una discursividad actual que hace prevalecer el discurso del mercado que estimula las curas de corto plazo, económicas y eficaces que readapten lo más pronto al individuo a la sociedad, haciendo caso omiso del problema del malestar en la civilización (adaptación a fuerza de

pastillas para poder dormir y antidepresivos que modulen el ánimo a las exigencias del mundo... ¡y vaya que mundo!).

La exposición siguiente estará organizada bajo dos ejes: un primer recorrido por el espacio de la histeria en el momento del encuentro de Freud con Charcot (1885), momento clave como veremos a continuación, y un segundo eje, contrapunto del primero, en el que se observará cómo en el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM), si bien se reemplaza todo trastorno que aluda la histeria bajo la rúbrica de distintos trastornos, en esta borradura que se pretende a-teórica podemos hallar el eco de problemáticas con las cuales Freud se confrontó y ofreció una explicación: es decir, un campo de preguntas al que dio respuesta a través del psicoanálisis.

## I

### LA HISTERIA EN LA HISTORIA

“La historia es histórica –decía Barthes- sólo se constituye si se la mira, y para mirarla hay que estar excluido de ella”<sup>64</sup>. A más de un siglo de la constitución de la histeria tal como es aprendida por el psicoanálisis, me interesa detenerme en el momento del encuentro de Freud con Charcot en la clínica de la Salpêtrière (París, entre los años 1885 y 1891), pues ello denota un momento de la historia de la Histeria bien singular: su constitución como enfermedad propiamente tal (neurológica). Freud deja constancia de ello en su informe de 1886<sup>65</sup>, pues más

---

<sup>64</sup> Barthes, R., *La Cámara lúcida, nota sobre la fotografía*, Paidós, Buenos Aires, 2005, p. 105.

<sup>65</sup> “Me permitiré exponer con pocas palabras los logros de Charcot para la clínica de la histeria. Por ahora, «histeria» es apenas un rótulo de significado relativamente circunscrito; el estado clínico a que se lo aplica se singulariza en términos científicos sólo por unos rasgos negativos, poco estudiados, y estudiados a disgusto, sobre los que por añadidura pesan unos muy difundidos prejuicios. Son estos la supuesta dependencia que la afección histérica tendría respecto de irritaciones genitales, la opinión según la cual es imposible indicar una sintomatología precisa para la histeria porque cualquier combinación arbitraria de síntomas podría presentarse en ella, y, por último, el desmedido valor que se ha atribuido a la simulación dentro de su cuadro clínico. En nuestra época, una histérica podía estar casi tan segura de que la considerarían una simuladora, como lo estaría en siglos anteriores de ser condenada por bruja o posesa. Y, en otro sentido, se había producido casi un retroceso en el conocimiento de la histeria. La Edad Media tenía exacta noticia de los «estigmas», los rasgos somáticos distintivos de la histeria, que

allá del menosprecio característico dado por la psiquiatría a esta “enferma aborrecible” (Griesinger, Falret, etc.), o enfermedad de “vírgenes y viudas” como afirmaba Sydenham (y por lo tanto propia de la mujer, tal como sostuvo la teoría hipocrática desde la antigüedad), pasa con Charcot a ser un objeto de estudio central: él constata en primer lugar su fuerte extensión en los varones (liquidando la idea de una histeria exclusivamente femenina) y como sostendrá Freud a pesar del aparente caos en su manifestación en el plano sintomático (reconocida capacidad para “simular” cualquier enfermedad orgánica) es imposible “ignorar por más tiempo el reinado de una ley y un orden”<sup>66</sup>. Así Freud, a pesar de que en el transcurso de su investigación se alejará definitivamente de las ideas de Charcot, retendrá de su enseñanza la *objetividad* de los síntomas histéricos. Ahora bien, ¿cuál era la explicación que daba Charcot para la histeria? Fundamentalmente la explicaba haciendo eco de la metáfora nerviosa. Depositaba su fe en el método anátomo-clínico haciendo de la histeria una *enfermedad neurológica* sostenida en una “lesión dinámica”<sup>67</sup> (dada la imposibilidad de captar “aún” su correlato orgánico) y en un *estado nervioso* particular regido en último término por la herencia (tara, familia neuropática de Morel, modelo heredo degenerativo a fin de cuentas) “... la histeria tiene una sola causa: el terreno hereditario peculiar, la “diátesis” que sirve de fondo a sus manifestaciones y que es lo único que permite que sobrevenga”<sup>68</sup>.

Si bien Charcot tiene el mérito de repensar la histeria de una forma única hasta la fecha (1870), su doctrina prontamente se derrumbó. Las críticas vinieron de diferentes frentes, una de las más conocidas fue la Escuela de Nancy. Allí Bernheim (1891), su representante, denunció los

---

ella interpretaba y valoraba a su manera. En cambio, en los consultorios externos de Berlín he visto que estos signos somáticos de la histeria eran poco menos que ignorados, y pronunciar el diagnóstico de «histeria» parecía significar que ya no se quería tratar más al paciente” Freud, S., *Informe sobre mis estudios en París y Berlín*, Obras completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, pp. 10-11.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 12

<sup>67</sup> “En efecto ¿qué es una lesión dinámica? Estoy bien seguro de que muchos de los que leen las obras de Charcot creen que la lesión dinámica es una lesión de la que ya no se encuentra la huella en el cadáver, como un edema, una anemia, una hiperemia activa. Pero, aunque no persistan necesariamente tras la muerte, aunque sean leves y fugaces, esas son genuinas lesiones orgánicas”. Freud, S., *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1893)*, Obras completas, Vol. I., Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p. 206

<sup>68</sup> Bercherie, P., *Génesis de los conceptos freudianos*, Paidós, Buenos Aires, 1988, p.80.

fenómenos descritos por Charcot como producto absoluto de la sugestión, como “histeria de cultivo”, es decir, perfectamente inducidos por la figura del hipnotizador<sup>69</sup>. Tal situación es comentada por Bernheim a Freud de forma personal: éste afirmó que tenía mayores éxitos terapéuticos (vía sugestión) en el hospital que en la clínica privada<sup>70</sup>. Cabe la pregunta entonces ¿es la histeria una enfermedad producida artificialmente sin valor alguno? Bernheim y más tarde Babinski (1901) se inclinarán por esa línea. En cierto modo restándole importancia afirmarán que la histeria es un trastorno en esencia sugestivo o autosugestivo “pitiático” (del griego *peithos*: persuasión e *iatos*: curable), con fundamento psicológico y de una extensión muy general en la especie humana; curable en los casos favorables por contrasugestión.

Freud, Janet y Breuer ofrecerán respuestas alternativas a esta posición, sin caer en las clásicas discusiones psiquiátricas sobre la simulación, dramatismo, teatralidad y exageración de la histeria.

Al momento de las críticas de Bernheim, Janet ya había abandonado completamente las tesis de Charcot; en cierto modo Freud y Breuer seguían una línea de trabajo bajo la estela de Janet, coincidiendo en la existencia de un *mecanismo psíquico* operando a la base de la histeria sin asimilarlo estrictamente a una enfermedad-lesión como pensó Charcot (lesión dinámica).

Freud en su trabajo de 1893 sigue a Janet proponiendo que en las parálisis histéricas está en juego “una alteración funcional sin lesión orgánica concomitante”<sup>71</sup> siendo central el juego de una *idea* (fenómenos condicionados por representaciones psíquicas), “es la concepción trivial, popular, de los órganos y del cuerpo en general la que está en juego en las parálisis histéricas,

---

<sup>69</sup> Foucault en 1973 en un contexto diferente de investigación da con la clave del problema: “En el hospital de Esquirol o Charcot... la función de “producción de la verdad” se hipertrofia. Se exalta en torno del personaje del médico. Y ello en un juego en el cual lo que está en cuestión es el sobrepoder del médico, Charcot, taumaturgo de la histeria, es el personaje más altamente simbólico de este tipo de funcionamiento”. Foucault, M., *Poder psiquiátrico*, FCE, Buenos Aires, p. 388.

<sup>70</sup> Bercherie, P., *Génesis de los conceptos freudianos*, Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 101.

<sup>71</sup> Freud, S., *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*, *Obras completas* Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p. 207.

así como en las anestесias, etc.”<sup>72</sup>, por lo tanto se pone en juego una representación de cuerpo no anatómica sino imaginaria: “popular”. En el mismo texto Freud insistirá que “la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella”<sup>73</sup>. Dichas parálisis poseen “una delimitación exacta y una intensidad excesiva”<sup>74</sup> aspecto que contraría a una parálisis orgánica en estricto sentido. La histeria de entrada nos presenta un modelo de funcionamiento del cuerpo anclado en lo social, en lo imaginario social: establece cortes que no son propiedad del cuerpo tal como la neurología y la anatomía lo concibe sino como se lo representa el imaginario social. Es decir, nos aparece de entrada un cuerpo gobernado por lo simbólico, pues es sólo en ese espacio donde el problema de los límites, los cortes y fronteras imaginarias pueden ser concebidos bajo el a priori del lenguaje. Freud vuelve sobre este punto en su artículo de 1888 “Histeria”: “Otro carácter, importante en extremo, de las afecciones histéricas es que de ningún modo ofrecen un reflejo de la constelación anatómica del sistema nervioso. Se puede decir que, acerca de la doctrina sobre la estructura del sistema nervioso, la histeria ignora tanto como nosotros antes que la conociéramos”<sup>75</sup>.

Paulatinamente Freud adoptará una postura propia en relación al tema de la histeria: rechazará los estados hipnoides de Josef Breuer y la disociación de conciencia por endebles innata para producir la síntesis psíquica postulada por Janet. A partir de 1893 Freud pensará que tanto las histerias de retención, hipnoides y de defensa pueden ser concebidas como tres modos de la defensa: en las tres existe un acto voluntario por desalojar (reprimir) una representación penosa del campo de la conciencia. Ello permite concebir ya el espacio psíquico a partir de una metáfora espacial, tópica: distintos lugares y grupos psíquicos independientes (conciencia – inconsciente) en donde lo penoso y desagradable (según el principio de constancia) que retorna a través del síntoma, y del exceso de excitación que representa, remite como se puede apreciar

---

<sup>72</sup> Id.

<sup>73</sup> *Ibíd.*, p.206

<sup>74</sup> *Ibíd.*, p. 202

<sup>75</sup> Freud, S., *Histeria (1888)*, Obras completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p. 53.

en los casos clínicos de “Estudios sobre la histeria” (1893-1895) a los avatares del deseo y la sexualidad.

## II LA DISPERSIÓN DE LA HISTERIA EN EL DSM

A principios de la década de 1980, la APA (American Psychiatric Association) publica su tercera edición del DSM. En ella la histeria desaparece a favor de una serie fragmentada de síndromes, entre ellos cabe mencionar: (1) los trastornos somatomorfos, (2) trastornos por estrés post-traumático; (3) trastornos disociativos y, (4) trastorno histriónico de la personalidad.

Dentro de los trastornos somatomorfos (que se subdividen en siete<sup>76</sup>), el trastorno de somatización vendrá a cubrir el espacio antiguamente reservado para la histeria, pero, ¿realmente lo cubre? En cierto sentido: sí. En tanto cubrir nos remite a velar. Reducir la histeria a somatización vela, oculta, el problema traído a la luz por Freud. Si nos fijamos en otro trastorno somatomorfo, el trastorno de conversión, nos podemos dar cuenta cómo no se eleva por sobre las discusiones anteriormente aludidas con Charcot y la psiquiatría clásica “El trastorno de conversión consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones” ¿Qué factores psicológicos y cuál es la naturaleza de la asociación de éstos con una presunta enfermedad neurológica? Freud en el debate con Charcot, Breuer, Janet ya había generado parte de esas ligazones que re-emergen en la actualidad; en una carta a W. Fliess (Manuscrito H, 1895) Freud anticipa por medio del esquema explicativo de la defensa el problema de la represión inscrito en el corazón de la histeria “la representación inconciliable no es admitida

---

<sup>76</sup> (1) Trastorno de somatización (2) Trastorno somatomorfo indiferenciado (3) Trastorno de conversión (4) Trastorno por dolor (5) Hipocondría (6) Trastorno dismórfico corporal (7) Trastorno somatomorfo no especificado.

para su asociación con el yo. El contenido se conserva desintegrado, falta dentro de la conciencia, su afecto es tramitado por conversión a lo corporal”<sup>77</sup>.

Tomados en su conjunto, estos trastornos somatomorfos se definen por la presencia de rasgos comunes, entre ellos: “(1) la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). (2) Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos ficticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados. (3) Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos”. En todos ellos se remite a la siguiente explicación enigmática, en tanto no aclara el proceso por el cual un “factor psíquico influencia una condición física”. Entre psique y soma hay una relación, el problema es cuál. Pareciera que faltase un nexo...a dicho nexo Freud le llamó pulsión. Si nos volvemos sobre los tres puntos comunes de los trastornos somatomorfos llaman la atención que los síntomas sugieran una enfermedad, pero que dicha enfermedad escape a la equivalencia clásica de enfermedad-lesión de órgano. Si nos remitimos a lo señalado en el apartado anterior nos topamos con una constatación de finales del siglo XIX: la histeria no simula conscientemente un estado mórbido, expresa un excedente en el lugar de emergencia del síntoma. La histeria a partir de Freud nos remite, como sostiene Paul Assoun, a “un curso fascinante en su género: el de los efectos-de-cuerpo del lenguaje inconsciente”<sup>78</sup>. Efectos de lenguaje desconocidos, o desestimados, en el abordaje psiquiátrico actual en tanto su interés sobre lo mental, sobre el órgano mental, descansa en reducir toda psicopatología a la ciencia del cerebro y su bioquímica. Entre cuerpo en tanto fisiología, y mente o elemento psíquico descansa una misma equipariedad: expresión

<sup>77</sup> Freud, S., *Manuscrito H*, Obras Completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p. 251.

<sup>78</sup> Assoun, P., *Introducción a la metapsicología freudiana*, Paidós, Buenos Aires, 1994. p. 233.

de la misma regulación, un órgano mental lesionado, posible de describir a través de una psicopatología es el equivalente de un órgano físico lesionado soporte de un proceso mórbido. Podría perfectamente ser posible de pensar que el interés por sanar a tal “cuerpo psíquico” remita a los intereses científicos -que hace largo tiempo dejaron de ser pensados desde un ideal de progreso y libertad de la humanidad- de mantener simplemente el orden público.

El DSM en la misma inscripción de su nombre rescata el punto de ser “un manual estadístico de desordenes mentales”: las estadísticas han respondido desde hace ya por lo menos dos siglos de la historia de la medicalización a normalizar y estandarizar los procedimientos de control e higiene social, de allí también el interés por establecer conjuntamente una epidemiología de las enfermedades mentales, de poder llevar un control de su prevalecía en la población; de esta forma, no es el individuo quien interesa a la ciencia sino la masa estadística que representa un desorden dentro de una población. En la misma línea es posible pensar que la psiquiatría actual que estamos criticando *prescinde del sujeto*, expresado en la hipótesis neurofisiológicas y psicológicas que guían y estructuran su saber. Y lo excluye por razones que remiten a su ideal pues el dominio de la mirada clínica se ve perturbado en su generalidad y objetividad cuando el ruido, el susurro de la voz del sujeto irrumpe: tal elemento es ejemplar en la histeria y es ejemplar como retorna cuando pretende ser borrada como hecho. El DSM-IV a propósito de los trastornos somatomorfos, personalidad histriónica, trastornos disociativos, incluye un apartado de “hallazgos de laboratorio” para dar un “soporte científico” a sus descubrimientos. Es interesante de observar que frente a éstos encontremos la siguiente cláusula “las pruebas de laboratorio no aportan nada significativo para corroborar las quejas subjetivas”. Singularmente las quejas existen pero la bioquímica del cerebro es inadecuada para asir el sentido, éste sólo se colige como discurso producto de su articulación significante. Este factor –el sentido- no es visto por la psiquiatría sino escuchado por el psicoanálisis y para un sujeto ese sentido solo retorna como un mensaje que señala hacia su verdad cuando es devuelto desde el lugar del Otro en el transcurso de una clínica centrada en la transferencia. Para Bertrand Ogilvie el sentido subjetivo es un elemento central de lo propiamente freudiano, se enlaza en la rúbrica

de esos grandes “golpes al narcisismo de la humanidad” formulados por Freud pero transpuesto al campo del trabajo de la ciencia “La reintroducción del sentido, del sujeto que sufre de sus fantasmas en el campo de la racionalidad, es la última (es decir, la última en fecha) transgresión de la antigua prohibición aristotélica según la cual no puede haber ciencia de lo individual”<sup>79</sup>.

## CONCLUSIÓN

Un comentario a la cita anterior de Ogilvie nos permite afirmar que entre ciencia y psicoanálisis se trata del mismo sujeto: con la salvedad que el psicoanálisis recoge lo que la primera ha insistido históricamente, en particular en la modernidad, en rechazar para alcanzar la universalidad y generalidad exigida por su ideal. El psicoanálisis remece la prohibición de hacer ciencia de lo particular, de hacer una ciencia del sujeto. Va a contracorriente de los ideales que animan a un proyecto como el DSM.

Tal como se ha tratado de mostrar en esta comunicación el psicoanálisis se separa del dato empírico, de la metodología descriptiva que desemboca inevitablemente en una semiología de los síntomas inspirada en la antigua botánica para tratar de captar un “algo”, un excedente del lado del síntoma (por eso elegimos la histeria para ilustrar este punto) que emerge en el momento en que la anatomía se pone a significar<sup>80</sup>. Para captar ese algo Freud construyó y perfeccionó a lo largo de su vida el dispositivo analítico pero la condición para que este saber sobre el inconsciente emergiera fue precisamente llevar el saber médico y neurológico de su época a los límites en donde se volvía inoperante e impotente para dar cuenta de lo que pretendía explicar.

---

<sup>79</sup> Ogilvie, B., *Lacan, la formación del concepto de sujeto*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2000, p. 36.

<sup>80</sup> Tal momento es correlativo al descubrimiento que hace el niño de la falta de pene en la madre.

En la actualidad el discurso psiquiátrico pareciera retomar las antiguas tesis hereditarias que gobernaron la *episteme* del siglo XIX armados del entusiasmo propio del avance de la ciencia en el campo de la comprensión de la bioquímica cerebral, se retorna por tanto a la búsqueda de una lesión o alteración de órgano (bajo la figura de un desequilibrio neuro-químico de síntesis proteica) en una problemática que el psicoanálisis ha mostrado a todas luces que remite a los efectos tóxicos que el lenguaje y la sexualidad imprime sobre el sujeto. El debate actual entre psicoanálisis y ciencia seguirá siendo un diálogo de sordos hasta que, retomando una tesis de Lévi-Strauss, se comprenda la primacía en el orden específicamente humano de lo social, lo simbólico sobre lo biológico, de lo cultural sobre lo natural.

#### BIBLIOGRAFÍA FUNDAMENTAL

- ASSOUN, P., *Introducción a la metapsicología freudiana*, Paidós, Buenos Aires, 1994.
- BARTHES, R., *La cámara lúcida, nota sobre la fotografía*, Paidós, Buenos Aires, 2005.
- BERCHERIE, P., *Génesis de los conceptos freudianos*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.
- BERCHERIE, P., *Fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Manantial, Buenos Aires, 1986.
- VV.AA. *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Edición electrónica.
- FOUCAULT, M., *Poder psiquiátrico*, FCE, Buenos Aires, 2005.

FREUD, S., *Informe sobre mis estudios en París y Berlín*, Obras completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

*Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1893)*, Obras completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

*Histeria (1888)*, Obras completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

*Manuscrito H*, Obras Completas Vol. I, Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

*Estudios sobre la histeria*, Obras completas Vol. 2, Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

OGILVIE, B., *Lacan, la formación del concepto de sujeto*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.