

RECONSIDERACIONES SOBRE LA HISTERIA DE CONVERSIÓN

Dr. Gustavo L. Chiozza

**Centro de Consulta Médica Weizsaecker
- AGOSTO 1994 -**

Referencia bibliográfica:

CHIOZZA, Gustavo (1994b) “Reconsideraciones sobre la histeria de conversión”

Trabajo presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker, agosto 1994, Buenos Aires.

“...tenemos, entonces, que considerar la vida como la enigmática coexistencia de lo que uno llama cuerpo y de lo que uno llama alma, como una unidad de cuerpo y alma, de ahí que resulte que no se puede tener ni enfermedades físicas ni enfermedades psíquicas, ya que en toda circunstancia cuerpo y alma caen enfermos simultáneamente”.

GEORG GRODDECK¹

Introducción:

Freud (1912-13) sostiene que, en nuestro intento por comprender las cosas, construimos *conceptos* acerca de ellas, y luego terminamos por tratar los *conceptos* como si fueran las cosas. Agrega que en esto nuestro pensar encuentra una indeseable similitud con el pensar de los esquizofrénicos. Siguiendo este pensamiento, para intentar una reconsideración de la historia de conversión, deberemos deshacer esta ecuación simbólica, ‘despegando’ el *concepto* “historia de conversión” de aquella cosa a la que este debe su origen; podríamos decir, el “fenómeno” o el “referente”.

Estudiaremos, por un lado, el *concepto* de historia de conversión, tratando de esclarecer qué se entendía por historia en la época de Freud; en qué consiste el concepto de historia de conversión creado por él, y cómo lo considera en nuestros días el gran consenso mayoritario (psicoanalistas, médicos, etc.). Por otro lado, a los fines de delinear un *nuevo concepto*, examinaremos ese ‘referente’ desde la teoría de las fantasías específicas propuesta por Chiozza que, desde una epistemología que trasciende el dualismo cartesiano cuerpo-mente, alcanza la interpretación psicoanalítica del trastorno orgánico. El recorrido trazado, observa las enseñanzas de Racker (1959) quien sostiene que el interés por un objeto de estudio implica el deseo de conocer su *pasado*, su *presente* y su *futuro*. Comenzaré, entonces, por hacer una breve reseña histórica de la historia.

El psicoanálisis, según sabemos, nace aproximadamente en 1880, a partir de los empeños de un joven médico neurólogo por comprender los fenómenos somáticos de la historia. La ciencia de la época había superado ya tanto los “prejuicios” de la Antigüedad -que la consideraban una afección del aparato genital femenino-, como los de la Edad Media que, basados en el fenómeno del contagio histérico, la consideraban una posesión demoníaca (Freud, 1888b).

A fines del siglo pasado la historia era considerada una *neurosis* en el sentido etimológico del término, es decir, una *degeneración del sistema nervioso*. Esta degeneración estaba a su vez vinculada con la sífilis, una enfermedad heredo-

¹ Citado por Grus y col. (1975) de “La Maladie, l’Art et le Symbole” G. Groddeck 1969.

degenerativa de contagio sexual, que aportaba sus connotaciones morales al término *degeneración*. Si bien por su etiología era considerada una enfermedad orgánica, sus manifestaciones, difíciles de explicar por la anatomía nerviosa, eran consideradas “mera simulación y exageraciones”. El desprecio ocultaba el temor por algo que, ya entonces, ponía en crisis la epistemología de las ciencias naturales; hasta los estudios de Charcot, la histeria había sido la *bête noire* de la medicina (Freud, 1888b).

A partir de las enseñanzas de Charcot y Bernheim, Freud (junto con Breuer), comienza una exploración anímica de los fenómenos corporales de la histeria que arroja sorprendentes resultados. Desde aquellos días, el éxito obtenido en la exploración psíquica de la histeria nos ha llevado, poco a poco, a confundir el método de exploración con la etiología de la histeria; esta confusión entre teoría y técnica obliga a Freud a formular una advertencia:

“Aquellos colegas que juzgan puramente psicológica mi teoría de la histeria (...) deducirán de este ensayo que su reproche transfiere ilícitamente a la teoría lo que constituye un carácter de la técnica. Sólo la técnica terapéutica es puramente psicológica; la teoría no deja de apuntar a las bases orgánicas de la neurosis, si bien no las busca en una alteración anatomo-patológica...” (1905e).

Sin embargo, pese a esta advertencia, en nuestros días, el consenso general considera a la histeria una afección psíquica. Actualmente, los fenómenos corporales de la histeria se explican considerando la existencia de un “mecanismo”, la *conversión*, por el cual un conflicto psíquico es traspuesto en un síntoma corporal (Laplanche y Pontalis, 1967). Pero... ¿Es esto lo que pensaba Freud, acerca de la histeria; acerca de la conversión?

Como sabemos, cada vez que se intenta comprender desde lo anímico los fenómenos corporales se tropieza con un problema de difícil solución: el problema de la relación psique-soma. A poco de avanzar en sus investigaciones sobre la histeria, Freud, enfrentado con este problema, necesitó valerse de formulaciones que, según Chiozza (1989, 1991), trascienden la epistemología dualista; es decir, formulaciones que pertenecen a una epistemología distinta del dualismo cartesiano. El desarrollo de estas formulaciones condujo a Chiozza a la interpretación psicoanalítica del trastorno orgánico, y, este giro epistemológico, dio comienzo a una nueva era, donde el cuerpo (como forma y función) posee un significado.

Sin embargo, a mi entender, la histeria de conversión aún no ha encontrado su lugar en esta nueva concepción. Podemos sí, comprender en términos de significación la anatomía y la fisiología de un trastorno orgánico, pero el síntoma conversivo ¿es un trastorno “orgánico” como los de la enfermedad somática? Ya otros autores se han formulado preguntas similares; entre nosotros Obstfeld (1978) y Pinto (1981) han formulado interesantes hipótesis que retomaré luego. Quisiera ahora finalizar esta introducción con palabras de Groddeck (1926, citado por Grossman y Grossman, 1965)

“El pensamiento médico se ha desplazado durante décadas en un terreno en el que los acontecimientos estaban situados en dos órdenes, el orgánico y el psíquico; ambos fueron separados por un incierto interregno; el nervioso. Este interregno fue el campo de trabajo de Freud y en él se hicieron descubrimientos que están modificando lentamente la visión universal del médico (...) Pronto se hizo evidente que los hechos descubiertos no entraban dentro de los límites establecidos por el hábito, que si no se quería interrumpir la investigación, los datos en el campo de lo psíquico debían ser seguidos (...). Mientras que la línea divisoria entre lo nervioso y lo psíquico se ha borrado imperceptiblemente, la que existe entre lo nervioso y lo orgánico fue cuidadosamente preservada. Sí, el psicoanálisis rechazó cuidadosamente todo lo que pudiera dar origen a la más ligera sospecha de que lo orgánico² perteneciera a esta área de actividad; lo hizo mientras fue posible, pero no podía mantenerse permanentemente. El viejo y bien conocido adagio de que los acontecimientos orgánicos y psíquicos eran distintos sólo por clasificación y no por naturaleza, acabó por abrirse paso (...) extrañamente no en el círculo de los psicoanalistas profesionales, que lo rechazaban o por lo menos simulaban ser sordos, sino entre los médicos (...) Es una lástima porque si seguimos considerando el campo de lo orgánico como tabú, supuestamente porque Freud no aprueba la extensión de la investigación a este campo, lo cual es indudablemente erróneo -nadie ha mostrado más interés por mis esfuerzos en esta cuestión que Freud- si seguimos haciéndolo, se perderá en definitiva la oportunidad de considerar como un todo, por fin, al pensamiento especializado caótico y a los médicos especializados...”

La conversión: ¿Instrumento teórico o mecanismo biológico?

Chiozza (1989) sostiene, que la obra freudiana “cabalga”, por decirlo así, entre dos epistemologías distintas; una, la más explícita, por considerar dos órdenes de existencia óptica (el psíquico y el somático), es dualista; la otra, a diferencia de la anterior, trasciende ambos órdenes en un único existente. De esta manera, los distintos conceptos freudianos pueden ser divididos según correspondan a una u otra epistemología. ¿Dónde ubicaremos al concepto de conversión? ¿Qué piensa el psicoanálisis hoy? ¿Qué pensaba Freud?

Obstfeld (1978) se ocupa de estudiar la conversión en varios autores postfreudianos. Para todos ellos la letra de Freud es clara: existe un mecanismo al que llama conversión, por el cual algo psíquico se trasmuda en algo corporal. Tal es el acuerdo, que el Diccionario de Psicoanálisis (Laplanche y Pontalis, 1967) define

² Luego de mucho reflexionar, me he tomado la libertad de hacer una corrección en la cita. Según el recorte que, del original, hacen Grossman y Grossman (de donde extraigo la cita) en ese punto el texto reza: “... de que lo orgánico **no** perteneciera...” Estimo que suprimiendo ese “**no**” el sentido de la frase (de por sí compleja) armoniza con el sentido general del párrafo. Teniendo en cuenta esta nota, el lector podrá extraer sus propias conclusiones.

conversión como un mecanismo de formación de síntoma por el cual un conflicto psíquico se traspone en un síntoma corporal.

Mientras que algunos autores adhieren a la existencia de un mecanismo tal, la idea de que algo psíquico se transforme en somático generó el desacuerdo de algunos de sus seguidores. Entre los primeros, Fenichel desarrolla el concepto de conversión diferenciando el síntoma conversivo del síntoma organoneurótico, y considera además otro orden de conversiones para las enfermedades psicósomáticas a las que llama pregenitales. Ferenczi, Rangell, Deutch y muchos otros comparten esta concepción de la conversión atribuida a Freud y rubricada en el Diccionario de Psicoanálisis (Obstfeld, 1978).

Entre los que disienten con Freud en este punto se encuentra Chiozza (1978), quien al respecto sostiene que el concepto de conversión de la excitación anímica en inervación somática *“en mérito de las ideas que el propio Freud desarrollara (...) sólo puede ser mantenido si lo utilizamos en un sentido figurado o metafórico. Lo dudoso consiste en suponer que haya algo que en **sí mismo**, más allá de su apariencia consciente, deje de ser psíquico para comenzar a ser somático o viceversa”*³. También para Weizsaecker la conversión es sólo una forma de hablar o de representarse un mecanismo inexistente que tiene su origen en un pensamiento causalista (citado por Obstfeld, 1978). Obstfeld, basándose en estos autores, considera la conversión un proceso imaginario.

Una excepción a todos estos autores es Bleger (1965, citado por Obstfeld, íbid.) ya que opina que el fenómeno de la conversión fue correctamente interpretado por Freud, pero que se han derivado de él conclusiones falsas ya que no se trata de *“una transformación de un fenómeno psíquico en uno somático por la conversión de una energía”*; sostiene que *“el fenómeno somático es también tan psicológico como el contenido mental”*.

En otra oportunidad (G. Chiozza, 1993a) sostuve que luego de una lectura detallada de los escritos freudianos es excesivo afirmar, fuera de toda duda, que Freud pensaba en la conversión como un mecanismo de transposición de energía psíquica en somática. Si bien es cierto que en un primer análisis de la cuestión todo parece indicar que la teoría de la conversión ha “nacido” de una epistemología dualista, si continuamos reflexionando encontramos afirmaciones de Freud que nos llevan a dudar de esa primera impresión, al vincular la conversión con los afectos - a la vez psíquicos y somáticos-, con la teoría de la *expresión de las*

³ Es difícil interpretar el pensamiento de un autor sólo por su palabra escrita. Para ser justos con Chiozza dudo que piense que Freud creyera “realmente” en un mecanismo de transposición, ya que más adelante, en la misma cita, Chiozza llama la atención sobre la reiterada utilización de las comillas que en la obra de Freud acompañan al término conversión. Sin ánimo de ser taxativo diré que lo que la palabra escrita de Chiozza permite interpretar es que la palabra escrita de Freud habla de un mecanismo. Lo cual es cierto... pero, como veremos, incompleto.

emociones propuesta por Darwin, o con el proceso de la simbolización inconciente -la conversión por simbolización-.

En algunas ocasiones Freud describe la conversión como un “... salto de lo anímico a la inervación somática (...) que nunca podemos nosotros acompañar conceptualmente” (Freud, 1909d, pág. 124). Pero en otras, como cuando se refiere a las circunstancias en que creó el concepto, lo define como un “... primer ensayo de explicación teórica” (Freud, 1914d, pág. 8-9). Antes de tomar partido en esta contradicción examinemos la cuestión más detenidamente.

La conversión en la obra de Freud:

Según Strachey⁴ la primera mención que hace Freud del término es en su artículo sobre *Las neuropsicosis de defensa*; allí, en un párrafo destinado a comparar la histeria de conversión con las fobias y las representaciones obsesivas, describe brevemente a la conversión con estas palabras:

*“En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es **trasponer a lo corporal la suma de excitación**, para lo cual yo propondría el nombre de **conversión**”* (Freud, 1894a, pág. 50).

Sin embargo, la primera exposición detallada del concepto, aparece en la epicrisis del historial clínico de Emmy von N., y allí presenta a la conversión de un modo diferente:

*“Aquí uno ya no puede negarse a tomar en cuenta unas cantidades (aunque no mensurables), **a concebir el proceso como si una suma de excitación llegada al sistema nervioso se traspusiera en un síntoma permanente (...)** en **aras de la brevedad** escogemos el término “conversión” para la trasposición psíquica en un síntoma corporal permanente...”* (Freud, 1895d, pág. 105)⁵.

Al parecer estamos frente a una contradicción. En la primera formulación parece hablar claramente de un mecanismo. En la segunda enfatiza que la conversión no es un proceso, sino que es un modo de concebir -en aras de la brevedad- un proceso; no parece ser un mecanismo biológico, sino más bien la descripción de un fenómeno observado: La conciencia del observador describe la experiencia de haber dejado de “percibir” algo como psíquico para continuar percibiéndolo como somático. El “misterioso salto” se da entonces, en la conciencia del observador; y es rellenado luego, en aras de la brevedad, por una teorización; un como si provisorio, llamado, entre comillas, *conversión*; “como si la excitación psíquica se traspusiera a lo somático”.

⁴ En Freud obras completas, tomo 3 pág. 50, nota 11. Amorrortu Ed.

⁵ Sólo el resaltado es mío, las comillas pertenecen al original.

Mientras que en la primer cita toca el tema de la conversión brevemente, la segunda constituye la “presentación” del término; y aquí Freud no parece pensar en la existencia de un mecanismo por el cual algo psíquico se traspone en somático; más bien parece valerse de la utilización metafórica (entre comillas) de un término para resolver un fenómeno al que no puede dar cuenta conceptualmente (Freud, 1909d, pág. 124); fenómeno que podría describirse **como si** lo psíquico se **traspusiera** en somático, “.. *vale decir* [el síntoma] *figuraba una trasmutación (“conversión”)*...” (Freud, 1904a, pág. 237). O dicho en otras palabras del mismo Freud: “... *los síntomas de los histéricos (...) son el sustituto -la transcripción, por así decir- de una serie de procesos anímicos...*” (Freud, 1905d, pág. 149).

Abona esta teoría el hecho de que la conversión, aquí entre comillas, aparecerá luego en numerosas oportunidades destacada en cursiva⁶, lo cual permite suponer que Freud quería darle un sentido particular al término, diferente al sentido lato del lenguaje lego, que define conversión como acción y efecto de convertir o convertirse, o mutación de una cosa en otra (Diccionario de la lengua española, 1990).

A lo largo de la obra de Freud podemos encontrar numerosas referencias a la conversión; algunas de ellas invitan por uno u otro camino a compartir la particular interpretación expuesta, mientras que otras explicitan lo contrario. Sin embargo, podemos explicar esta divergencia pensando con fundamento que en algunos pasajes (sobre todo aquellos en los cuales el tema de la conversión no es el asunto central) el concepto se expone brevemente y no se profundiza en la cuestión, es decir, a los fines de ser conciso Freud *omite* el “como si”.

Intentar explicar los fenómenos observados en términos de causa efecto, o de mecanismos, puede resultar útil en tanto brinda a la conciencia representaciones accesorias que hacen al fenómeno algo más aprehensible; un ejemplo de ello es la teoría ‘mecánica’ de la desestructuración patosomática del afecto (Chiozza, 1976) con la cuál nos representamos la simbolización en el cuerpo *como si fuera* un mecanismo. El error consiste en confundir el modelo con el fenómeno.

No cabe duda de que la mayoría de sus seguidores han pasado por alto este “como si” otorgándole a la conversión un único sentido en la obra de Freud: el de un *mecanismo de transposición de lo psíquico a lo somático* que existe más allá de la conciencia del que observa. Con el paso del tiempo, a la “conversión” se le han caído las comillas. Volveré sobre el tema de la conversión más adelante, al ocuparme de la simbolización.

El problema de la histeria:

Para las ciencias naturales, apoyadas en una epistemología dualista, la histeria no representa un problema teórico. Como vimos, en nuestros días, se ha descartado

⁶ Véase por ejemplo Freud, 1895d, págs. 138, 162, 178, y también, en el tomo VII, págs. 48, 149, 237, 247, 270, etc.

la antigua etiología orgánica de la histeria. Ya no se concibe la neurosis como una afección del sistema nervioso; más bien se la considera un trastorno psíquico, en general de etiología traumática (en sentido psicológico), o se la explica por la teoría de las series complementarias (Freud, 1900a).

Tampoco las manifestaciones de la histeria representan un problema, ya que la misma concepción de la histeria permite utilizar un criterio diagnóstico que, si bien no es del todo correcto, es, en teoría, bastante práctico: para la medicina un síntoma es histérico cuando no puede ser explicado según la anatomía o fisiología orgánicas, es decir, cuando no se puede hallar una “causa eficiente”; para el psicoanálisis, entendido éste desde una concepción dualista, es somático un trastorno que no puede ser comprendido en términos de significaciones inconscientes. Para la gran mayoría de los autores psicoanalíticos actuales, la histeria sólo compromete a la “representación” corporal (no al cuerpo “real”), a través del mecanismo conversivo.

Para esta concepción epistemológica el problema ha sido desplazado de la histeria a la conversión, “... *aquel salto de lo anímico a la inervación somática (...) que nunca podemos nosotros acompañar conceptualmente*” (Freud, 1909d). El problema de la relación psique-soma toca los límites del dualismo cartesiano, y por lo tanto no se puede resolver; pero sí se lo puede trascender al emplear una epistemología que considera un único existente incognoscible, y por lo tanto ni psíquico ni somático en sí. La conversión aquí ha dejado de ser un cambio de “esencia”, sino una discontinuidad “conceptual” en la observación; el problema de la conversión ha quedado atrás. Para este nuevo enfoque el problema no es la conversión ... ¡sino la histeria misma!

Si psíquico y somático no son ya cualidades del existente en sí mismo sino categorías que establece la conciencia al “observarlo”; si podemos ver lo “psíquico” del trastorno orgánico en su significado inconsciente, y podemos ver lo “somático” de la neurosis (fobia) en los cambios corporales del afecto (angustia), ¿por qué en los síntomas de la histeria de conversión no podemos ver lo “somático” tal como lo vemos en la enfermedad orgánica o en los afectos de la neurosis? ¿Cuál es la diferencia entre lo que llamamos *conversión a lo corporal* en la histeria y *alteración corporal* en la enfermedad somática? Si lo que desde la anterior epistemología dualista se diferenciaba como cuerpo real y cuerpo imaginario son ambos para esta nueva epistemología construcciones, ¿cómo se relacionan una y otra construcción? ¿El significado del trastorno orgánico, la fantasía específica, es sólo... histeria de conversión?

Lo somático en la histeria:

La pregunta por lo somático en la histeria, lejos de ser una novedad, ya había preocupado a Freud desde sus primeros escritos. Parte de la dificultad para encontrar la respuesta radica en que la formulación de la pregunta reintroduce el dualismo cartesiano y con él, el problema de la relación psique-soma. Otra dificultad

tad adicional es que la terminología se vuelve insuficiente; vemos que en los escritos freudianos se utiliza el adjetivo “somático” para designar tanto al síntoma histérico como al trastorno al que -según se dice- la histeria simula.

Planteado así, el problema de lo somático en la histeria, a mi entender, admite dos posibles enfoques:

a) La posibilidad de encontrar, en un futuro, una alteración orgánica “real” que hasta hoy halla escapado a los recursos diagnósticos actuales. Esta alteración (neuronal o química) debería poder explicar (lo cual parece bastante difícil) el por qué de las diferencias entre los trastornos somáticos y los histéricos que hacen parecer a estos últimos simples simulaciones.

Este ha sido el planteo, hasta hoy infructuoso, de las ciencias naturales quienes, además de considerar dos realidades ópticas distintas (psíquico y somático) consideran a la materia la realidad fundamental y a lo psíquico solo un derivado secundario de lo material. Por lo tanto, consideran que lo psíquico de la histeria debe tener un fundamento orgánico. De optar por este enfoque, nosotros psicoanalistas, deberemos esperar que la biología eche luz sobre el problema de lo somático en la histeria.

b) El otro posible enfoque consiste en pensar que el actual distingo entre enfermedad somática e histeria de conversión es menos tajante de lo que hasta hoy se lo ha considerado. Es decir, que una parte de la histeria, tal cual la conocemos, es alteración somática; o dicho de otro modo que una parálisis histérica no es algo por entero diverso a una parálisis orgánica. Si bien este enfoque parece contradecir el distingo tan claro entre parálisis motrices e histéricas (Freud, 1893c), tenemos derecho a sospechar, junto con Groddeck, que se trata más de un distingo de clasificación que de naturaleza.

Pero... ¿Qué pensaba Freud al respecto? Sus puntos de vista son cambiantes y pasan de uno a otro enfoque. A veces nos hace recordar las palabras de Groddeck acerca de ese “incierto interregno” entre lo psíquico y lo orgánico, “lo nervioso”. Pero del mismo modo que hicimos con la conversión, distinguimos entre estos conceptos algunos que corresponden a sus primeras aproximaciones al tema, de otros más tardíos; unos que tocan el tema “de pasada”, de otros que profundizan la cuestión.

En 1888 en su artículo “*Histeria*” sostiene que:

“... no se han hallado para esta enfermedad alteraciones (anatómicas) perceptibles del sistema nervioso, y, además, ni siquiera cabe esperar que algún futuro refinamiento de las técnicas anatómicas pudiera comprobarlas. La histeria descansa por completo en modificaciones fisiológicas del sistema nervioso, y su esencia debería expresarse mediante una fórmula que diera razón de las relaciones de excitabilidad entre las diversas partes de dicho sistema” (Freud, 1888b, pág. 45).

Poco tiempo después afirma que:

“... puesto que sólo puede haber una sola anatomía cerebral verdadera, y puesto que ella se expresa en los caracteres clínicos de las parálisis cerebrales, es evidentemente imposible que esta anatomía pueda explicar los rasgos distintivos de la parálisis histérica” (Freud, 1893c, pág. 205).

Pero la última palabra no ha sido dicha; años más tarde, en “*Fragmento de análisis...*” (Freud, 1905e) observamos cómo Freud va cambiando de opinión acerca de las supuestas modificaciones de la excitabilidad del sistema nervioso (aunque nunca abandonó del todo esta hipótesis). En el “Epílogo” hablando de la etiología de la histeria sostiene que:

“...la teoría en modo alguno deja de apuntar a las bases orgánicas de la neurosis, si bien no las busca en una alteración anatomo-patológica; cabe esperar encontrarse con una alteración química, pero, no siendo ella todavía aprehensible, la teoría la sustituye provisionalmente por la función orgánica. Nadie podrá negar el carácter de factor orgánico que presenta la función sexual, en la cual yo veo el fundamento de la histeria así como de las psiconeurosis en general. Conjeturo que una teoría de la vida sexual no podrá evitar la hipótesis de que existen unas determinadas sustancias sexuales de efecto excitador” (pág. 99).

Lo somático ha dejado de ser un misterioso factor nervioso, ahora está representado por la propia función del cuerpo:

“La intensa activación de esta zona erógena a temprana edad es, por tanto, la condición para la posterior sollicitación somática de parte del tracto de mucosa que empieza en los labios” (pág. 47).

El papel que desempeña la sollicitación somática es aclarado en ese mismo artículo, al examinar la tos y la afonía de Dora:

*“¿Son los síntomas de la histeria de origen psíquico o somático? (...) Esa pregunta (...) no es adecuada. El estado real de las cosas no está comprendido en la alternativa que ella plantea (...) todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta **sollicitación somática** brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano. Pero no se produce más que una sola vez (...) si no posee un significado psíquico, un **sentido**. (...) Para la terapia, las destinaciones dadas dentro del material psíquico accidental son las más importantes; los síntomas se solucionan en la medida que se explora su intencionalidad psíquica. Una vez que se ha removido lo que puede eliminarse mediante un psicoanálisis, es posible formarse toda clase de ideas, probablemente acertadas, acerca de las bases somáticas, por lo general orgánico-constitucionales, de los síntomas” (pág. 37).*

La sollicitación somática, que bien puede ser la excitación sexual (el afecto), actúa como una huella de facilitación somática sobre la que luego se expresaran, aprovechándose de esta vía facilitada, otros significados inconcientes correspondientes a vivencias psíquicas accidentales. Continúa el texto:

“Hay como un rasgo conservador en el carácter de la neurosis: el hecho de que el síntoma ya constituido se preserva en lo posible por más que el pensamiento inconciente que en él se expresó haya perdido significado. Pero también es fácil explicar mecánicamente esa tendencia a la conservación del síntoma; es tan difícil la producción de un síntoma así (...) y es tan raro que se disponga de una sollicitación somática (...) que el esfuerzo ejercido desde lo inconciente para descargar la excitación lleva a contentarse en lo posible con la vía de descarga ya transitable (...) Mucho más fácil que crear una nueva conversión parece producir vínculos asociativos entre un pensamiento nuevo urgido de descarga y el antiguo, que ha perdido esa urgencia. Por la vía así facilitada fluye la excitación desde su nueva fuente hacia el lugar anterior de la descarga, y el síntoma se asemeja, según la expresión del Evangelio, a un odre viejo que es llenado con vino nuevo. Por más que siguiendo estas elucidaciones la parte somática del síntoma histérico aparezca como el elemento más permanente, de más difícil sustitución, y la psíquica como el más mudable, (...) no se infiera de esa relación una jerarquía entre ambas” (Freud, 1905e, pág. 48).

Pinto (1981, 1994) intentando comprender lo patosomático en la histeria, parte de estos conceptos freudianos. Según este autor, más allá de los significados individuales de cada síntoma, existiría algo común a todas las histerias correspondiente al vivenciar universal. Lo compara con un “molde” que se “rellena” con vivencias individuales. Para este autor la posibilidad de hallar lo patosomático de la histeria radica en comprender mejor en qué consiste ese “molde”. Aclara también, que “molde” y “relleno” son sólo separaciones teóricas de algo indisolublemente unido. Hagamos un alto en la marcha y observemos el camino recorrido; hemos avanzado bastante. Encontramos que histeria de conversión y enfermedad somática no se excluyen, sino que por el contrario se copertenecen. La histeria de conversión “asienta” sobre un trastorno orgánico que ya no se trata de una misteriosa excitabilidad neuronal, sino del cuerpo en general, sus órganos y la función sexual. Freud nos advierte que no debemos despreciar este avance:

“Ahora se me dirá, lo sé, que es muy modesta ganancia la de que merced al psicoanálisis no debemos buscar más el enigma de la histeria en la ‘particular labilidad de las moléculas nerviosas’ o en la posibilidad de unos estados hipnoides, sino en la ‘sollicitación somática’. En contra de esa observación destacaré que el enigma (...) se ha empequeñecido. Ya no se trata del enigma íntegro, sino de una parte de él, en la cual está contenido el carácter particular de la histeria, (...) la ‘sollicitación somática’ que procura a los procesos psíquicos inconcientes una salida hacia lo corporal”, es decir la conversión (pág. 38).

Si quisiéramos ahora, siguiendo lo expuesto, concluir esta sección afirmando que lo somático en la histeria consiste en la sollicitación somática, habríamos vuelto al punto de partida: una concepción dualista según la cual el “paquete global” de la histeria se reparte entre nuestros dos conceptos: lo somático en la conversión por sollicitación somática y lo psíquico en lo que Freud llamaba la conversión mnémica. El problema dualista del “misterioso salto de la mente al cuerpo” se reintroduce al intentar explicar cómo se relacionan la sollicitación somática con la conversión mnémica; en definitiva, el problema de la conversión.

En este punto, viene a nuestro auxilio recordar que Freud plantea también, un tercer tipo de conversión al que llama *conversión por simbolización*. En esta, psíquico y somático se integran de un modo tan inseparable que resulta difícil pensar en una vía de facilitación, por un lado, y por otro un significado nuevo y distinto que aprovecha esa vía para expresarse⁷. La conversión por simbolización nos reconduce, otra vez, a la teoría de los afectos; y tal vez examinando el papel de los afectos en la etiología de la histeria podamos esclarecer el *enigma* al que aludía Freud.

Los afectos en la histeria:

Si en el apartado anterior nos ocupamos de lo somático en la histeria, podríamos ocuparnos aquí de la otra “parte”: lo psíquico en la histeria. Pero al ocuparnos directamente de los afectos en la histeria, ahorraremos camino; ya que si hoy, como dijimos, se considera a la histeria una enfermedad psíquica, esto se debe al esclarecimiento de la relación entre la histeria y los afectos. Para Freud (1895d) lo que permite obtener una teoría psicológica de la histeria es considerar a los síntomas corporales de la histeria de conversión como afectos; o más exactamente como unos “restos” o derivados de afectos:

“... consideramos los síntomas histéricos como unos afectos y unos restos de excitaciones de influencia traumática sobre el sistema nervioso (...) Ahora bien, en la histeria estamos habituados a descubrir que una parte considerable de la “suma de excitación” del trauma se trasmude en un síntoma puramente corporal. Este es el rasgo de la histeria que durante tanto tiempo estorbó concebirla como una afección psíquica” (pág. 105).

En sus “*Cinco conferencias...*” (Freud, 1910a) vuelve a enfatizar el papel de los afectos en la etiología de la histeria de modo aún, más contundente:

“... estamos en vías de obtener una teoría puramente psicológica de la histeria, en la que adjudicamos el primer rango a los procesos afectivos” (pág. 15).

⁷ A esto mismo alude Pinto (1981, 1994), según interpreto, al decir que “molde” y “relleno” son sólo una separación conceptual.

Considerar un síntoma como la expresión de un afecto permite incluirlo en una cadena de significación y por lo tanto hacerlo “comprensible”; y, aquello que, desde nuestra conciencia, comprendemos lo categorizamos como “psíquico”. Pero considerar un síntoma como un equivalente de un afecto también permite, desde nuestra conciencia, percibirlo con los órganos de los sentidos como una serie de manifestaciones corporales vegetativas; y eso es lo que categorizamos como “somático”. Hemos restablecido, para la teoría de la histeria donde los afectos ocupan el primer lugar, lo que, a falta de un nombre mejor, llamamos *unidad psicósomática*.

Estos desarrollos acerca de la histeria se acercan mucho a la teoría de Chiozza acerca de la interpretación psicoanalítica de la enfermedad orgánica; ¿existe alguna diferencia? ¿Podemos comprender mejor cómo, a partir del afecto, se produce por conversión el síntoma histérico? ¿Qué diferencia hay entre la conversión y la desestructuración patosomática del afecto? (G. Chiozza, 1993a, 1994).

Conversión y desestructuración patosomática del afecto:

Freud (1915e) sostiene que el genuino motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto displacentero; es decir que enfermamos en el intento de evitar hacer consciente un determinado afecto. A partir de allí Chiozza (1976) sostiene que según sean los motivos por los cuales el afecto displacentero no puede ser tolerado en la conciencia, la represión se vale de distintos recursos. Cuando el afecto es intolerable por la particular representación a la que está unido, la represión sólo necesita deshacer esa unión y cambiar esa representación por otra; tal es el caso de la neurosis.

Sin embargo, cuando el afecto es insoportable independientemente de la representación a la que esté unido, es necesario deshacer el afecto mismo. Dado que en lo inconsciente los afectos existen en forma “potencial” como claves de inervación, la represión desestructura la clave afectiva. Para esto, los mecanismos de condensación y desplazamiento operan dentro de la clave afectiva. El resultado es que el afecto pierde su coherencia y la conciencia no lo reconoce como tal; es el caso de la enfermedad somática.

Veamos un ejemplo. En el caso de la histeria de angustia, por ejemplo, el afecto miedo-odio es insoportable por estar unido a la representación del padre a quien, además, se ama; la represión sustituye la representación padre por la representación caballo, el conflicto afectivo (ambivalencia amor-odio) desaparece, y el miedo se experimenta de un modo más controlable. El precio que se debe pagar es el síntoma de la fobia: la angustia; es decir, una serie de eventos somáticos que la conciencia interpreta como un afecto. El significado perdido tras la represión consiste en lo inadecuado del afecto -justamente su *sin sentido*-

Distinto ocurre cuando lo que no se tolera en la conciencia es el mismo hecho de tener miedo, independientemente de la representación a la que el afecto esté uni-

do. El mecanismo de la neurosis resulta insuficiente; la represión debe deshacer la coherencia de la clave de inervación alterando la distribución de investiduras dentro de la misma. El miedo desaparece, entonces, de la conciencia y en su lugar aparece el síntoma, por ejemplo, diarrea o palpitaciones; es decir, una serie de eventos somáticos que la conciencia interpreta como una enfermedad proveniente del exterior. El significado perdido tras la represión se experimenta en la pregunta por el *por qué* del trastorno orgánico (Chiozza, 1986).

¿Qué ocurre en la histeria de conversión?

*“Los destinos de esos afectos, que uno podía representarse como magnitudes desplazables, eran entonces lo decisivo tanto para la contracción de la enfermedad como para el restablecimiento. Así resultó forzoso suponer que aquella sobrevino porque los afectos desarrollados en las situaciones patógenas hallaron bloqueada una salida normal, y la esencia de su contracción consistía en que entonces esos afectos ‘estrangulados’ eran sometidos a un empleo anormal. En parte persistían como unos lastres duraderos de la vida anímica y fuentes de constante excitación; en parte experimentaban una trasposición a inusuales **inervaciones** e **inhibiciones** corporales que se constituían como los síntomas corporales del caso. Para este último proceso hemos acuñado el nombre de **conversión histérica**”* (Freud, 1910a, pág. 15).

El afecto es ‘estrangulado’, ‘sofocado’, ‘retenido’; es decir, impedido de acceder a la conciencia. La ausencia del afecto en la conciencia observada, desde antiguo en los pacientes histéricos, es lo que se ha descrito como la *belle indifference* (Obstfeld, 1978, Pinto, 1981, G. Chiozza, 1994). Si bien la histeria de conversión es considerada una neurosis, la ‘retención’ del afecto, la *belle indifference* y los síntomas corporales, la diferencian claramente de las demás neurosis. En palabras de Freud (1905e):

*“... el carácter particular de la histeria, **que la diferencia** de otras psiconeurosis” es la “‘solicitud somática’ que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal. Cuando este factor no se presenta, el estado total será diverso de un síntoma histérico, (...) tal vez una fobia o una idea obsesiva; en suma, un síntoma psíquico”* (pág. 38).

Si la conversión, como modo de tramitar el afecto a los fines de evitar su acceso a la conciencia, se diferencia del modo de represión propio de las neurosis ¿es similar al modo “patosomático” del enfermar? ¿O existe otro modo de tramitar el afecto, propio de la conversión, distinto a los mencionados? ¿En qué consiste la conversión?

Sostuvimos al principio que el concepto de conversión fue formulado por Freud, en la primera época, como un concepto “provisorio”; un “como si” teórico, formulado en “aras de la brevedad” (G. Chiozza, 1993a, 1994). Apoyaría esta hipótesis que Freud, en alguna otra oportunidad se volviera a ocupar del tema con más detenimiento.

miento. Un examen detenido de cómo podríamos concebir esa supuesta trasposición de lo psíquico en somático aparece en 1910, en “*Cinco conferencias...*” (Freud, 1910a). Allí, hablando de la conversión del afecto estrangulado dice:

“Lo corriente y normal es que una parte de nuestra excitación anímica sea guiada por el camino de la inervación corporal, y el resultado de ello es lo que conocemos como ‘expresión de las emociones’...” (Freud, 1910a, pág. 15).

Es decir, que en condiciones normales una parte de nuestra vida anímica se expresa a través del cuerpo; esto constituye los afectos. O dicho de otro modo, los afectos, en condiciones normales, son la trasposición de una parte de la vida anímica a lo corporal. Si la interpretación que hago es correcta, Freud describe al afecto y a la conversión en los mismos términos: la trasposición de lo anímico a lo corporal; por lo tanto, podemos decir que **los afectos son una conversión ‘normal’**. Pero veamos cómo continúa Freud, ese mismo párrafo:

“Ahora bien, la conversión histérica exagera esa parte del decurso de un proceso anímico investido de afecto; corresponde a una expresión mucho más intensa, guiada por nuevas vías, de la emoción”.

En otras palabras, podemos decir que, en la histeria de conversión, para defenderse de un afecto insoportable, *se lo exagera*. Pero esto solo no basta para satisfacer la represión, ya que la conciencia es capaz de reconocer los afectos independientemente de su magnitud de investidura. Todavía falta una pieza: esa expresión exagerada del afecto debe estar *guiada por nuevas vías*, así, de ese modo se hace irreconocible para la conciencia. En la conciencia encontramos solo... una *belle indifference*.

Resumiendo: en la histeria de conversión el modo de ‘sofocar’ los afectos es exagerar y desviar sus inervaciones corporales, el resultado de ello es el síntoma conversivo: una expresión mucho más intensa y deformada del afecto ‘estrangulado’.

¿Tenemos derecho a extraer estas conclusiones de la breve cita de Freud? ¿Por qué motivo estos conceptos, tan importantes, no han recibido mayor atención? Tal vez por tratarse de una obra de divulgación el lector especializado no esperaría encontrar grandes novedades; pero también es cierto que si Freud le hubiera dado el valor de un gran descubrimiento lo habría repetido posteriormente. Creo que la razón es otra; la cita en sí es bastante oscura, y es probable que aún Freud no haya comprendido todas sus implicancias. Y confieso que no hubiera podido extraer esas conclusiones de no haberlo leído pensando en los conceptos de Chiozza acerca de la desestructuración del afecto en la enfermedad somática (Chiozza, 1976).

Así es, si partimos de la ausencia del afecto en la conciencia que asemeja la histeria de conversión a la enfermedad somática (según la entiende Chiozza), y susti-

tuimos “inervaciones corporales” por “clave afectiva inconciente”, y “mucho más intensa y guiada por nuevas vías” por “deformada”, la concordancia entre conversión y desestructuración patosomática es muy llamativa. Entendiéndolo así, el paso que sigue es inevitable: **la histeria de conversión es enfermedad somática**.

La conversión por sollicitación somática:

La afirmación anterior nos asombra; parece contradecir mucho de lo que actualmente pensamos sobre la histeria de conversión. Pero si recordamos los conceptos de Freud acerca de la ‘sollicitación somática’, pensar en los síntomas histéricos como enfermedad somática ya no nos resultará tan incompatible con la descripción que Freud hace de la histeria de conversión.

Recordemos que Freud sostiene que la sollicitación somática está siempre presente en el síntoma histérico. Que la sollicitación somática es el trastorno orgánico; que es, también, el ‘factor sexual’, y que la reiterada estimulación de las zonas erógenas es la sollicitación somática (Freud, 1905e).

También afirma otras cosas que deberemos luego armonizar; por ejemplo, que la sollicitación somática “presta la vía” para la conversión de lo psíquico, que un significado nuevo, “accidental” y “distinto” se vale de la sollicitación somática para expresarse. O que una vez interpretado el síntoma histérico queda “en el fondo” el basamento “*orgánico-constitucional*”.

Como si la histeria aprovechara la “facilitación” que da el trastorno orgánico para expresar lo psíquico, el vivenciar infantil reprimido. Es decir, “facilitación” y no simbolización, cantidad y no cualidad. En cambio, para la teoría de Chiozza el trastorno orgánico representa **simbólicamente** al afecto reprimido. Debemos enfrentar ya el problema de la simbolización en la histeria.

La conversión por simbolización:

La conversión por simbolización es tal vez uno de los conceptos más profundos del psicoanálisis. Según el mismo Freud (1895d), la comprensión de un caso particularmente rico en simbolizaciones, el caso de Cäcilie M., fue el que le permitió alcanzar una mayor intelección de la histeria, al punto de motivarlo a escribir la “*Comunicación preliminar*”.

Constituye, además, un punto clave en la teoría psicoanalítica de los afectos, sobre el que se apoya Chiozza para comprender psicoanalíticamente el trastorno orgánico. Grus y colaboradores (1975) siguiendo desarrollos de Chiozza, sostienen que se puede aplicar el concepto de conversión por simbolización a toda afección orgánica.

Recordemos entonces, este historial: Cäcilie M. comienza el tratamiento con Freud aquejada por una neuralgia facial “*limitada a las ramas segunda y tercera del trigémino, y como había sin lugar a dudas uratemia, y un ‘rheumatismus acutus’ no del todo claro, (...) el diagnóstico de neuralgia gotosa era casi natural*” (Freud, 1895d, pág. 189). Dado el fracaso del tratamiento médico y el éxito de la supresión del síntoma por sugestión hipnótica Freud comienza “*a dudar de la autenticidad de esa neuralgia*”⁸.

Más tarde, el método catártico descubre la génesis del síntoma en una larga serie de vivencias de ofensa, en las que la paciente sintió ‘como si hubiera recibido una bofetada’; así, se llegó hasta la primera vivencia en la cual “*no se encontró simbolización alguna*” sino más bien una asociación temporal por simultaneidad. “*La génesis de la neuralgia en este momento ya no sería explicable si uno no supusiera que padecía a la sazón de dolores leves en los dientes o la cara*” (pág. 191).

Con respecto a otro síntoma esclarecido Freud escribe:

“Ese parece un ejemplo contundente, casi cómico, de génesis de un síntoma histérico por simbolización mediante la expresión lingüística. No obstante (...) preferiría otra concepción. En esa época la paciente padecía de dolores...”

Pero a medida que reflexiona la ‘simultaneidad’ va dejando paso a la ‘simbolización’, y la relación de significación entre el afecto y el trastorno orgánico va cobrando más y más significación.

“Toda una serie de sensaciones corporales, que de ordinario se mirarían como de mediación orgánica, eran en ella de origen psíquico o, al menos, estaban provistas de una interpretación psíquica. (...) Había una íntegra serie de sensaciones y representaciones que corrían paralelas, y en la cual ora la sensación había despertado a la representación como interpretación de ella, ora la representación había creado a la sensación por vía de simbolización; y no pocas veces era por fuerza dudoso cuál de los dos elementos había sido el primero” (pág. 192-3).

Chiozza (1989) sostiene que cuando lo psíquico inconciente penetra en la conciencia privado de su significado lo categorizamos como somático; y que cuando restablecemos ese significado inconciente, el trastorno desaparece de nuestra conciencia y deja lugar a la comprensión del ‘drama’ vital al que representa. Esto

⁸ Sostuvimos en otra parte del trabajo que las parálisis motrices histéricas y orgánicas no tenían un distingo tan tajante como, a veces, se quiere ver. En “*Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*” Freud (1893c) afirma siguiendo a Charcot que la histeria no produce neuralgias faciales o son extremadamente raras. Esto deja pocas posibilidades: o el diagnóstico de histeria de Freud era erróneo, o Charcot estaba equivocado, o Freud tenía mucha suerte al haber tratado dos casos (Cäcilie y Dora), o histérico y somático son dos puntos de vista para una misma neuralgia facial.

nos permite comprender por qué a medida que Freud progresa en la comprensión del síntoma histérico se le hace cada vez más difícil separar lo psíquico de lo somático; cómo cada vez más, el afecto (con sus significados y sus sensaciones corporales) va siendo rescatado del destino que la represión le impuso, para tomar un lugar central en la escena.

Las conclusiones no pueden demorarse más; en un extenso y último párrafo con el que concluye los “*Historiales clínicos*” escribe:

“Yo sostengo que el hecho de que la histérica cree mediante simbolización una expresión somática para la representación de tinte afectivo es menos individual y arbitrario de lo que se supondría. Al tomar literalmente la expresión lingüística, al sentir la ‘espina en el corazón’ o la ‘bofetada’ (...) como un episodio real, ella no incurre en abuso de ingenio, sino que vuelve a animar las sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación. ¿Cómo habríamos dado en decir, respecto del afrentado, que ‘eso le clavó una espina en el corazón’, si la afrenta no fuese acompañada de hecho por una sensación precordial interpretable de ese modo, y se la reconociera en esta? (...) Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la ‘expresión de las emociones’, que, como nos lo ha enseñado Darwin, consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin; por más que hoy se encuentren en la mayoría de los casos debilitadas a punto tal que su expresión lingüística nos parezca una transferencia figural (...), y la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común” (Ibíd. pág. 193).

Todavía debemos examinar otro punto más. Una parte de nuestra vida anímica, los afectos, son desde lo corporal una serie de cambios vegetativos que se experimentan como sensaciones somáticas. En la histeria de conversión, así como en la enfermedad somática, esas sensaciones aparecen, exageradas y deformadas, como síntomas corporales; son el sustituto desfigurado del afecto reprimido.

Cada afecto visto desde sus inervaciones corporales posee una figura típica determinada por su ‘clave de inervación’ inconciente. Estas claves de inervación, de inervaciones vegetativas, son huellas mnémicas heredadas y han sido configuradas de manera típica en la filogenia. En el pasado filogenético los afectos fueron acciones plenas de sentido y acorde a fines; hoy, en el presente ontogenético, se repiten injustificadamente ya no como acciones voluntarias sino como actos motores vegetativos, los afectos.

Esta concepción permite comparar a los afectos con los ataques histéricos; mientras que los afectos son ataques histéricos universales y congénitos, los ataques histéricos son ‘afectos’ individuales y adquiridos en el pasado infantil; serían como afectos neoformados, acciones cuyo fin se remonta a la infancia individual. En otras palabras, mientras que los afectos son la repetición actual de acciones filo-

genéticas, los ataques histéricos son la repetición actual de acciones infantiles, es decir, ontogenéticas (Freud, 1926d).

Habíamos logrado hasta aquí, reunir a la histeria de conversión y a la enfermedad somática, ambas como alteraciones en la coherencia de la clave de inervación del afecto; pero al considerar al afecto como acción, las diferencias entre filogenia y ontogenia vuelven a separar lo que, con tanto trabajo, habíamos reunido. Debemos entonces ocuparnos ahora del papel que desempeña el pasado infantil.

La conversión mnémica:

Si bien existe una diferencia entre filogenia y ontogenia, saber en qué consiste esa diferencia es bastante difícil, ya que el psicoanálisis concibe a la herencia en el sentido lamarckiano. Según la herencia de los caracteres adquiridos, la ontogenia, transcurrido un tiempo, formará parte de la filogenia. Lo que hoy es un acto motor voluntario será, en un futuro, un automatismo vegetativo; y lo que hoy es vegetativo alguna vez, en el pasado, fue un acto motor voluntario.

Por ejemplo, mientras se está aprendiendo a realizar un acto motor voluntario se requiere de la plena participación de la conciencia. Una vez aprendido, se lo podrá ejecutar con cierta independencia de la conciencia; constituye un automatismo. La teoría supone que, de mantenerse su utilidad, luego de generaciones, la independencia de la conciencia es total; pasa entonces a constituir un acto motor reflejo; y así, hasta convertirse en un acto vegetativo.

De esta manera, filogenia y ontogenia, heredado y adquirido, o, si se quiere, vegetativo y motor voluntario, forman parte de una serie continua que se diferencia bien sólo en los extremos. Al cortar la continuidad de la evolución, y observarla desde el presente de un individuo la diferencia parece más sencilla. Así como desde la anatomía podemos referir lo vegetativo y lo voluntario a diferentes estructuras como el sistema nervioso autónomo y el de la vida de relación, también sabemos diferenciar las vivencias que corresponden al pasado infantil del individuo de aquellas otras que corresponden al pasado de la especie, lo heredado y lo adquirido; pero ambas distinciones son groseras.

Quisiera dejar sentado que, en mi opinión, esta distinción es, sobretudo, conceptual y no 'material' u 'orgánica'; por ejemplo R. Taylor (citado por Chiozza y col., 1993) siguiendo el criterio evolutivo divide la anatomía cerebral en cuatro 'cerebros' distintos por su antigüedad; como si la evolución dejara su impronta en forma de 'oleadas' sucesivas⁹.

⁹ Chiozza y colaboradores (Chiozza, 1986), siguiendo a Bateson, afirman algo similar en la relación entre la trama y la figura. Lo ejemplifica en la comparación entre los sistemas piramidal y extrapiramidal.

Volviendo al tema de la conversión, esta distinción grosera halla su correlato en la diferencia entre conversión por simbolización y conversión mnémica. El pasado filogenético se 'repite' a través de las inervaciones vegetativas (conversión por simbolización) mientras que el pasado infantil lo hace a través de las inervaciones correspondientes a la vida de relación (conversión mnémica).

Pero si filogenia y ontogenia forman una serie continua que solo se diferencia bien en los extremos, lo mismo ocurrirá con la diferencia entre conversión por simbolización y mnémica; o entre una alteración 'orgánica' y su 'imitación' *sine materiae* en la histeria (si es que existe tal posibilidad). Resulta entonces más fácil establecer la diferencia entre una enfermedad somática como la hipertensión que compromete actos motores vegetativos, de un síntoma histérico como la parálisis braquial de Ana O. que compromete actos motores voluntarios. La primera halla su justificación en acciones del pasado filogenético mientras que la segunda se justifica en el pasado infantil. Una es universal, la otra es individual. ¿Pero qué ocurre si queremos diferenciar una enfermedad somática que compromete actos motores voluntarios, de las llamadas histerias vegetativas? Lo que, hasta ahora, parecía una división tajante comienza a confundirse.

La investigación de las fantasías específicas de trastornos somáticos motrices (por ejemplo, la esclerosis en placas) se topó con grandes dificultades al intentar comprender los trastornos motores a través de la desestructuración patosomática de la clave de inervación del afecto. Evidentemente, una serie de cambios vegetativos (la deformación del afecto) difícilmente podría explicar los trastornos motores. Fueron necesarias algunas modificaciones en la teoría; pasamos a considerar, entonces, la existencia de claves de 'inervación' para las acciones, cuya desestructuración 'genera' un particular afecto, el desconcierto sensorio motriz (Chiozza y colab. en Chiozza, 1986).

También Freud se vio en dificultades para explicar la conversión mnémica en el caso de las histerias vegetativas. Resulta imposible diferenciar somático de histérico, de un modo algo convincente, cuando se trata de síntomas como los vómitos, las náuseas, la sudoración o las palpitaciones. La mayoría de estos síntomas configuran lo que Freud llamó los *síntomas típicos*:

“Si en un caso de histeria hemos reconducido realmente un síntoma típico a una vivencia o a una cadena de vivencias parecidas, por ejemplo, un vómito histérico (...), quedaremos desconcertados si, en otro caso de vómito, el análisis nos descubre una serie de vivencias supuestamente eficaces de índole por entero diversa. (...) Podemos, por cierto, esclarecer satisfactoriamente el sentido de los síntomas neuróticos individuales por su referencia al vivenciar, pero nuestro arte nos deja en la estacada respecto de los síntomas típicos, con mucho los más frecuentes. (...) Es difícil suponer una diversidad fundamental entre una y otra clase de síntomas. Si los síntomas individuales dependen de manera tan innegable del vivenciar del enfermo, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remonten a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres” (Freud, 1916-17, pág. 248).

No todos los síntomas típicos son vegetativos; el gran ataque histérico es también típico (Pinto, 1981). Tampoco todos los síntomas vegetativos son necesariamente típicos; lo que sí podemos afirmar es que los síntomas vegetativos de la histeria no pueden ser suficientemente esclarecidos por su referencia al vivenciar individual.

Especificidad e inespecificidad:

Nos hemos propuesto en este trabajo examinar la concepción habitual que opone histeria de conversión a enfermedad orgánica; al hacerlo nos fuimos encontrando con otras polaridades, o, mejor dicho, con otras formas en que se expresa la misma polaridad: filogénesis y ontogénesis, vegetativo y motor voluntario, conversión por simbolización y conversión mnémica, síntoma típico y síntoma particular, universal e individual. Vemos que la polaridad es la misma, sólo cambia el 'terreno' en que ella se manifiesta. Cambiaremos, una vez más, el terreno para poder esclarecer algo más acerca de esta aparente oposición.

Solemos considerar que lo filogenético, lo universal, es lo específico, mientras que lo ontogenético, lo individual carece de aquella cualidad. Una enfermedad como la hipertensión, para cuya comprensión recurrimos al vivenciar universal, filogenético, la consideramos específica. Pero esto no la hace menos individual. Mejor sería decir que la enfermedad 'hipertensión' no existe más allá de nuestros conceptos; quien quiera observar, sólo encontrará 'hipertensos' de los que deberá extraer *conceptualmente* algunos elementos 'típicos', es decir 'específicos'. Deberá, al mismo tiempo, descartar otros elementos; aquellos que hacen de ese hipertenso un caso 'particular', único e inespecífico.

La especificidad es, como dice Chiozza, 'el medio vaso lleno', inseparable del 'medio vaso vacío' de la inespecificidad. Pero aún la metáfora del vaso es insuficiente para expresar la indisoluble unión que existe entre ambos. No se trata sólo de que los elementos específicos se acompañen de otros inespecíficos, sino que los mismos elementos específicos se presentan siempre de un modo 'particular'; lo que lo hace específico o inespecífico es nuestra concepción. Pinto (1981, 1994) utiliza una metáfora muy lograda para ejemplificar la resignificación individual de las vivencias universales; afirma que el camino de lo individual a lo universal no es en línea recta sino en una serie de sucesivas espirales donde, en cada vuelta, al progresar de un nivel a otro, lo que en un nivel era universal pasa a ser, en el siguiente, individual.

Así como las series complementarias reúnen herencia y experiencia, conversión por simbolización y conversión mnémica son dos caras de una misma moneda. Tomemos por ejemplo la conversión mnémica de Elizabeth. La eficacia traumática del recuerdo en que el padre apoyaba sus pies sobre las piernas de ella (su significancia), halla su razón de ser, en el complejo de Edipo universal y en el significa-

do específico de las piernas en la sexualidad¹⁰. Y también vale lo contrario, ya que la herencia no es otra cosa que experiencia.

La conversión mnémica y la resignificación secundaria:

Repasemos la última parte del camino transitado. Cuando pudimos emparentar la conversión por simbolización al proceso de desestructuración afectiva, resolvimos, por decirlo de algún modo, el enigma de lo somático en la histeria; histeria de conversión y enfermedad somática fueron, por un momento, lo mismo. En seguida nos salió al paso otra objeción: la conversión mnémica y con ello, el vivenciar individual, el pasado infantil, en fin, la ontogenia.

Afirmamos entonces, que la diferencia entre específico e inespecífico, universal e individual, filogenia y ontogenia, no pertenecía a las 'cosas' sino a las abstracciones que hacemos de las 'cosas'. Afirmamos también, que conversión por simbolización y conversión mnémica se determinan mutuamente, y lo ejemplificamos en un caso.

Ahora, deberíamos hacer lo mismo con la enfermedad somática, si queremos restablecer el paralelo con la histeria de conversión. Sostengo ahora, a estos fines, la tesis de que la conversión mnémica de la teoría de la histeria encuentra su paralelo conceptual en aquello que, en la teoría psicoanalítica de la enfermedad orgánica, llamamos 'resignificaciones secundarias'¹¹.

En la investigación de las fantasías específicas de las cardiopatías isquémicas, Chiozza y colaboradores (1983, en Chiozza, 1986) afirman que el corazón se arroga la representación del proceso por el cual los afectos 'nacen'. El nacimiento de un afecto *nuevo* es, según los autores, un proceso de integración a partir de un

¹⁰ Véase "*Los significados inconcientes específicos de la enfermedad varicosa*" de Chiozza y colaboradores en Chiozza y col. 1991.

¹¹ La elección de este término me ha despertado muchas dudas. Sobre todo dudas acerca de qué entendemos por resignificación secundaria. Luego de mucho reflexionar he resuelto tomar este concepto. Suele pensarse que si interpretamos un trastorno por sus resignificaciones secundarias, si bien es terapéuticamente útil, en cuanto al contenido, la interpretación es errónea. Pensamos que el significado secundario "no es" el adecuado ya que no tiene que ver con el primario. El ejemplo más escuchado es el del cálculo biliar como representación secundaria de un embarazo a feto muerto (Chiozza, 1963). Pero esta concepción no resiste un segundo análisis. ¿Cómo la re-significación, a diferencia de lo que su nombre indica, puede no tener ninguna relación con la significación? Afirmar eso sería sostener que el inconciente es azaroso. La investigación de las litiasis (Chiozza y Grus, en Chiozza y col, 1993) reveló treinta años después que el ejemplo de Chiozza (si se quiere, al azar en su momento) estaba revestido de una significación específica entre cálculo, embarazo y muerte. Tomaré, pues, el concepto de resignificación secundaria, entendiéndolo en el sentido de las resignificaciones individuales de lo universal. Si recordamos que universal e individual forman una serie continua, la distancia entre las resignificaciones secundarias y el significado primario, será, lógicamente, variable.

estado anterior, un *protoafecto*, caracterizado por un *desconcierto afectivo*. Creo que no debemos suponer por afecto *nuevo*, un afecto carente de clave de inervación; ya que la clave de inervación se configura, de manera típica, en la filogenia. Podemos comprender el proceso de la siguiente manera. Las sucesivas experiencias individuales con los afectos forzosamente se registran por medio de huellas mnémicas. Estas huellas mnémicas que, entre otras cosas, registran las sensaciones somáticas experimentadas, son el reflejo de la clave de inervación configurada filogenéticamente. Disponemos, entonces, de *dos tipos* de claves de inervación; unas configuradas filogenéticamente, de manera típica y universal, junto a otras configuradas ontogénicamente, de manera particular e individual.

Una primera experiencia, ontogénica, con un afecto (por ejemplo, el orgasmo o la traición) ‘creará’ un primer registro mnémico; sobre él se superimprimen luego las experiencias sucesivas. Esta huella mnémica ontogénica, permitirá, en posteriores encuentros con el mismo afecto, reconocerlo como un afecto *no-nuevo*.

Frente a una primera experiencia con un nuevo afecto (para ese individuo), es adecuado suponer que antes de crearse un registro nuevo, se intentará determinar si ese particular conjunto de sensaciones somáticas corresponde a algún afecto *conocido*. Para esto se compara la particular figura de sensaciones somáticas actuales con las claves de inervación ontogénicas disponibles por ese sujeto. Ese particular proceso de reconocimiento, en el que diversas claves de inervación **ontogénicas** se disputan la **representación** de ese estado *protoafectivo*, constituye, a mi entender, el *desconcierto afectivo*.

Esto que suponemos para las claves de inervación afectiva lo podemos extender también a las claves de inervación de los actos motores y perceptivos. Dado que las claves ontogénicas son un reflejo de las filogénicas, podemos suponer también algunas discrepancias entre el ‘original’ heredado y el ‘reflejo’ adquirido. Dando un paso más, no es desatinado pensar que las diferencias entre el original y el reflejo sean mayores en el caso de las acciones motoras, ya que estas son filogenéticamente más jóvenes.

Esta última hipótesis podría ayudarnos a comprender algunas diferencias entre las parálisis motrices ‘orgánicas’ (típicas) y las ‘histéricas’ (no tan típicas); al fin y al cabo, tenemos más de una representación del cuerpo. Por ejemplo, existe una representación de la mano a la hora de vasodilatar sus arterias, otra distinta a la hora de buscar algo en el bolsillo y otra más a la hora de fabricar un guante. A esta última, según la cual la mano ‘termina’ en la muñeca, podría deberse el carácter simulador atribuido a los síntomas de la histeria.

En este punto podemos hacer una objeción. El problema de justificar las ‘diferencias’ entre las parálisis histéricas y orgánicas nunca ha sido fácil, y mi “*primer ensayo de explicación teórica*” (en palabras de Freud) presenta algunas insuficiencias.

Supuse la existencia de dos tipos de claves de inervación no del todo idénticas, unas filogenéticas y otras ontogenéticas; estas últimas intentan explicar los rasgos diferenciales de las parálisis histéricas no-orgánicas, simuladas. Pero si las claves de inervación heredadas son las que participan en la descarga del afecto (o la acción) y las adquiridas sólo en el reconocimiento del mismo, unas parálisis y otras deberían ser idénticas ya que se descargan por la misma clave, la filogenética.

Pienso, de todos modos, que la objeción no debe referirse a este modelo sino a otro modelo sobre el que este se apoya. Afirmé antes, siguiendo a otros autores (Chiozza, Bateson, Taylor, Pinto) que filogenia y ontogenia eran extremos conceptuales de una serie continua; y que cualquier punto intermedio en esa serie puede ser considerado desde un aspecto filogenético y desde otro ontogenético. Al referirme a dos tipos de claves quiero decir dos modos de 'ver' la clave; esto último también es válido para la separación que hago, demasiado estricta, entre procesos de descarga y procesos de reconocimiento de los afectos.

Ni histeria de conversión ni enfermedad somática:

Podemos sostener ya (sin alejarnos demasiado de Freud, y acercándonos bastante a Chiozza) que la sollicitación somática, la conversión mnémica y la conversión por simbolización no son tres 'mecanismos' del enfermar sino tres modos distintos de **conceptualizar el enfermar**. Quisiera ejemplificarlo a través de algunos casos. Tomemos primero el caso de Elizabeth von R. El acabado análisis que hace Freud permite comprender los tres aspectos del síntoma. Desde el punto de vista de la conversión mnémica veremos lo particular de esa biografía: el recuerdo de las vivencias en que el padre de Elizabeth apoyaba sus pies sobre las piernas hoy parastésicas; al mismo tiempo, vemos el aspecto simbolizante de la conversión en el símbolo universal, heredado, de las piernas y el caminar como símbolo de avanzar en la vida. La sollicitación somática, a diferencia de los dos aspectos anteriores, no surge de la interpretación sino de la percepción; menos desarrollado en el historial que los anteriores, podemos suponer este aspecto o bien en las sensaciones parastésicas correspondientes a la presión ejercida por los hinchados pies del padre, o por la permanencia prolongada de las distintas posturas corporales (estar sentada, de pie, acostada), o en el reumatismo 'orgánico' al que se refiere Freud (1895d).

Podemos intentar un análisis similar para el brote de esclerosis en placas de Albertina¹². No sería tan difícil encontrar recuerdos infantiles vinculados a las piernas; inclusive similares escenas de eficacia traumática donde la fijación incestuosa al padre juega un papel tan importante como en el caso de Elizabeth. Estaríamos observando la biografía de Albertina desde el punto de vista de la conversión mnémica. Las fantasías específicas de la esclerosis en placas, descritas en el caso, representan el enfoque de la conversión por simbolización. A semejando uno poco estos significados a los de la biografía de Elizabeth, podemos decir que tam-

¹² Véase *Con los cables pelados* en *¿Por qué enfermamos?* (Chiozza, 1986).

poco Albertina podía avanzar un solo paso en la vida; no sabía qué paso dar, como “acercarse al padre”. Las “quemaduras” inflamatorias de sus nervios, que la biología describe como específicas de la esclerosis en placas, ocuparían el lugar de la sollicitación somática, es decir la percepción de la alteración orgánica.

Es importante aclarar que no por disponer de la interpretación de los símbolos universales, la fantasía específica, constituye un trabajo ocioso buscar el aspecto mnémico del trastorno; es decir, lo que el síntoma tiene de individual, las resignificaciones secundarias. Más bien todo lo contrario; en la tarea terapéutica (ya sea en el tratamiento psicoanalítico o en el estudio patobiográfico) a partir de la fantasía específica (universal) buscamos las vivencias individuales que le otorgan ‘carne’ a la interpretación y la hace a la ‘medida’ del paciente; lo universal en el contexto de lo particular, o lo específico (abstracción conceptual) en lo inespecífico¹³.

En el caso del melanoma (Chiozza, 1986) el aspecto individual del síntoma no sólo permite comprender la localización y el momento de aparición del síntoma (la metástasis del tumor), sino que otorga a la interpretación esa ‘carne’ que a la idea le falta.

*“Poco tiempo después, en el lugar donde debe haber entrado en contacto con su hijo durante el abrazo traumático, aparecen los nódulos que corresponden a las metástasis del melanoma extirpado. Sus células metastásicas representan adecuadamente el remanente de excitación narcisista. Así, dentro de una fantasía hermafrodita, niega de manera omnipotente sus sentimientos de pérdida y abandono, **reiterados ahora en la relación con su hijo**”* ¹⁴(pág. 108).

Así como en Elizabeth vimos ‘algo de orgánico’ y en Albertina y Alberto vemos también ‘algo de histeria’, histeria y enfermedad somática no son ya existentes distintos sino “puntos de vista” (por así decir) distintos.

Percepción, recuerdo y sensación:

Dijimos ya que la sollicitación somática, la conversión por asociación mnémica y la conversión por simbolización, son el fruto de observar con tres instrumentos distintos un fenómeno único. La conciencia, en su intento por captar un particular existente, se vale de distintos instrumentos; el resultado, un concepto, es hijo del existente y del instrumento utilizado para su registro conciente. Como vemos, los tres términos a examinar se corresponden con los únicos tres aferentes que el psicoanálisis describe para la conciencia: percepción, recuerdo y sensación.

¹³ Freud (1900a) aconseja hacer lo mismo para la interpretación de los símbolos universales en el sueño: agotar primero los significados individuales obtenidos por las asociaciones del soñante.

¹⁴ El destacado no corresponde al original.

La biología, con el instrumento de la percepción, conceptualiza el cuerpo, el trastorno orgánico, la sollicitación somática. Las teorías más antiguas de la histeria que la consideran un trastorno corporal obedecen al instrumento de la percepción. El psicoanálisis, interesado al comienzo por los recuerdos infantiles reprimidos tras el síntoma orgánico, ve en la histeria el significado de un pasado infantil, individual; siguiendo el instrumento del recuerdo aporta su teoría para la etiología de la histeria: un trastorno psíquico.

Sin embargo, a Freud no le pasa desapercibido la erogeneidad corporal, las sensaciones corporales que constituyen los afectos. Con el instrumento de la sensación actual, comprende la simbolización y lo observado deja de ser somático o psíquico para constituir una unidad; pero, atrapado en la epistemología dualista imperante en su época, no alcanza a armonizar todos los conceptos en una teoría general. Más tarde, Chiozza continúa estos desarrollos desde otra epistemología; la simbolización es entonces la fantasía específica.

Podemos entonces sintetizar en un cuadro las tres series:

Ciencias Naturales	Percepción	Trastorno orgánico Solicitud somática
Psicoanálisis (recuerdos reprimidos)	Recuerdo	Resignificaciones individuales Conversión mnémica
Psicoanálisis (fantasías específicas)	Sensación	Simbolización somática Conversión simbolizante

Estamos en condiciones de trazar una hipótesis acerca de qué es lo que el psicoanálisis ha conceptualizado como histeria de conversión, o lo que es lo mismo, qué son sus manifestaciones corporales. Diremos entonces que no se trata de buscar su 'esencia' particular -aquello que la diferenciaría de las otras neurosis o de la enfermedad orgánica-, sino de hacer consciente el instrumento que utilizamos para intentar aprehenderla.

Según las particularidades del existente (cosa en sí) y el grado de desarrollo conceptual alcanzado por la conciencia del que observa (su instrumento teórico), las manifestaciones corporales de la histeria de conversión serán conceptualizadas como enfermedad orgánica (solicitud somática) cuando el encuentro entre observador y existente se dé, preponderantemente, a través de la percepción; serán conceptualizadas como histeria cuando se dé a través del recordar, de la historia en el síntoma (conversión mnémica); y como una unidad psicósomática inseparable, un drama vital, una temática, en definitiva, un afecto, cuando se lo reconoce

por las sensaciones, es decir, reconocer al síntoma como la sensación que forma parte de un particular afecto (conversión por simbolización)¹⁵.

A veces percibimos solamente una alteración del cuerpo que nos resulta inexplicable (aunque mejor sería decir incomprensible), pensamos entonces en una enfermedad somática que, a nuestros ojos, no se relaciona con la vida anímica del que la padece y, por lo tanto, le es 'ajena', proviene del exterior. Si se trata de un resfrío pensaremos en un virus, si se trata de un mareo pensaremos en un síndrome vertebro-basilar.

Otras veces la relación entre el trastorno y algún acontecimiento histórico de la vida del sujeto (por ejemplo, el casamiento de un hijo) nos aparece en primer plano; si, además los registros perceptivos son débiles (por ejemplo, un mareo), pensamos entonces en que el trastorno no es 'real', sino 'histórico' (simulado). Si, en cambio, los registros perceptivos son 'suficientes' (por ejemplo, un resfrío) solemos pensar en una 'somatización', es decir, la expresión inespecífica de un conflicto vital en un trastorno orgánico¹⁶. El trastorno no se explica por las circunstancias vitales sino al revés, éstas últimas 'aprovechan' el trastorno para expresarse tal cual intentó explicarlo Freud a través de la sollicitación somática.

Cuando, por fin, podemos comprender al trastorno corporal como expresión de un drama vital, lo percibido deja de ser un trastorno para convertirse en un 'gesto' (el alma en el cuerpo), es lenguaje simbólico, es la expresión de un afecto; es, también, una fantasía.

Síntesis y conclusiones:

1) La "conversión", a diferencia de lo que suele afirmarse, no ocupa en la obra de Freud el lugar de un mecanismo que existe más allá de la conciencia del observador; por el cual algo que es, en esencia, psíquico se traspone a lo somático, cambiando su esencia. La conversión es para Freud un *primer ensayo de explicación teórica* que intenta, *en aras de la brevedad* y provisoriamente, dar cuenta de la experiencia que tiene el observador al acercarse a los fenómenos somáticos de la histeria: Lo que se percibía como somático comienza a ser comprendido como psíquico; esto hace suponer un proceso inverso al que llama de modo metafórico "conversión", como si lo psíquico se *traspusiera*, por así decir, a lo somático.

2) Para hacer más fácilmente comprensible lo observado en la histeria, la "conversión", Freud intenta 'sortear' el problema de la relación psique-soma por medio de una teorización en términos mecanicistas. Describe entonces la conversión en

¹⁵ A esta altura del trabajo no deseo introducir otro concepto más; pero creo que esta manera de comprender, a través de las propias sensaciones, es lo que hace a la contratransferencia un instrumento privilegiado para descifrar el significado inconciente.

¹⁶ Es en ese sentido que el consenso psicoanalítico actual considera las enfermedades 'psicosomáticas'.

términos muy similares a los utilizados por Chiozza al describir (persiguiendo los mismos fines) la desestructuración patosomática del afecto en la enfermedad orgánica. Si se acepta que ambas teorías son muy similares, tendremos derecho, entonces, a extraer para la histeria de conversión similares conclusiones que para la enfermedad somática.

3) Nuestras teorías establecen una polaridad conceptual entre pares como filogenia y ontogenia, herencia y experiencia, universal e individual, típico y particular, específico e inespecífico, motor vegetativo y motor voluntario, trama y figura. Esta distinción conceptual se hace insuficiente para explicar las histerias vegetativas a través del concepto de conversión mnémica o los trastornos somáticos motores a través de la desestructuración afectiva. Suponemos entonces, siguiendo a otros autores, que los términos comparados forman una serie continua, que progresa en “niveles”; según esta concepción no serían ya opuestos conceptuales sino dos caras de la misma moneda.

4) Enfermedad somática e histeria de conversión se han disputado el mismo terreno: los síntomas corporales. Las teorías habituales conceden la victoria a la enfermedad somática, y dejan para la histeria el terreno del cuerpo ‘imaginario’. Desde una epistemología que trasciende la dualidad cuerpo-mente, la distinción habitual se hace inaceptable. Lejos de afirmar que enfermedad somática e histeria de conversión son lo mismo, sostenemos que constituyen dos ‘modos’ de enfocar un existente único: lo que la conciencia percibe como el síntoma corporal.

5) Freud, en su búsqueda de recuerdos reprimidos, conceptualiza al síntoma corporal como una conversión por asociación mnémica (es decir, de recuerdos). Descubre el recuerdo en el cuerpo; más adelante ‘tropieza’ con la fantasía específica del síntoma, el ‘gesto’ en el cuerpo; y, si bien conceptualiza la conversión por simbolización, encerrado en la epistemología de su época, no alcanza a extender sus conclusiones a otros síntomas corporales. Ese remanente de su observación, escasamente teorizado, es la sollicitación somática.

6) Chiozza retoma el camino abandonado de la simbolización y extiende el concepto de fantasía específica a todo lo corporal. En su búsqueda de nuevas especificidades, ‘tropieza’ con lo inespecífico, lo individual; y categoriza a esto último como “resignificaciones secundarias”. Corresponde al concepto de conversión mnémica. Su utilización permite que la interpretación de lo universal alcance su objetivo en el sujeto particular.

7) El instrumento utilizado por la conciencia para ‘captar’ al existente determinará el concepto que se llevará de él. Mediante la percepción lo conceptualiza como somático, la enfermedad orgánica; mediante el recuerdo como psíquico, la histeria de conversión (mnémica); y mediante la sensación que permite reconocer al afecto en el síntoma, lo conceptualizará como una unidad, la expresión de una fantasía (temática o drama). Un gesto tan, o tan poco, psíquico como somático.

8) Cuando vemos un sujeto llorar por la pérdida de un ser querido, pensamos en el duelo; ni llora con el cuerpo ni llora con el alma; simplemente llora. Cuando vemos a un sujeto llorar, pero que no se 'siente' llorando ni se 'siente' triste, pensamos en un trastorno orgánico, un resfrío; el sujeto ha perdido el afecto; llora y no sabe que llora. Si en cambio el sujeto al que vemos llorar, se 'siente' llorando, pero no sabe por qué, pensamos en un trastorno psíquico, una melancolía; el sujeto ha perdido el recuerdo; llora, sabe que llora, pero no sabe por qué llora.

BIBLIOGRAFÍA

CHIOZZA, Gustavo (1993a)

La conversión, ¿fenómeno o concepto?, Simposio 1993, 5^{tas} Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1993.

CHIOZZA, Gustavo (1994a)

Histeria de conversión y enfermedad somática: algunos interrogantes., Simposio 1994, 6^{tas} Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1994.

CHIOZZA, Luis (1963)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, CIMP, Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, Luis (1976)

Cuerpo, afecto y lenguaje, Paidós, Buenos Aires, 1976.

CHIOZZA, Luis (1978)

El problema de la simbolización en la enfermedad somática, en Trama y Figura del enfermar y del psicoanalizar, Paidós, Bs.As., 1980.

CHIOZZA, Luis (1986)

¿Por qué enfermamos?, Ed. Alianza, Buenos Aires, 1986.

CHIOZZA, Luis (1989)

Organsprache, una reconsideración actual del concepto freudiano, en *Los afectos ocultos en...*, en Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991.

CHIOZZA, Luis y col. (1991)

Los afectos ocultos en..., en Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991.

CHIOZZA, Luis y col. (1993)

Los sentimientos ocultos en..., en Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA (1990)

Grupo Editorial Océano, Barcelona 1990.

FREUD, Sigmund (1888b)

"Histeria", en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1893c)

Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1894a)

Las neuropsicosis de defensa, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1895 d)

Estudios sobre la histeria, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1900a)

La interpretación de los sueños, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1904a)

El método psicoanalítico de Freud, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1905 d)

Tres ensayos de teoría sexual, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1905e)

Fragmento de análisis de un caso de histeria, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1909d)

A propósito de un caso de neurosis obsesiva, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1910 a)

Cinco conferencias sobre psicoanálisis, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1912-13)

Tótem y Tabú, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1914d)

Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1915e)

Lo inconciente, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1989.

FREUD, Sigmund (1916-17)

Conferencias de introducción al psicoanálisis, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1926d)

Inhibición, síntoma y angustia, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

GROSSMAN y GROSSMAN (1965)

El psicoanalista profano. Vida y obra de Georg Groddeck, Ed. Fondo de cultura económica, México, 1974.

GRUS, R. , BERMÚDEZ, B., COULOMBIE, G., DAYEN, E., FUNOSAS, M., LADOVSKY, O., SOUZA, E. Y FERNÁNDEZ, C. (1975)

A partir de la conversión por simbolización, en VII Simposio del CIMP, Buenos Aires, 1975.

LAPLANCHE y PONTALIS (1967)

Diccionario de psicoanálisis, Ed. Labor, Barcelona, 1971.

OBSTFELD, Enrique (1978)

La conversión: proceso imaginario, EIDON, Año 5 N° 9, Bs. As. 1978.

PINTO, José María (1981)

Acerca de lo "patosomático" en la histeria, EIDON, Año 8 N° 15, Bs. As. 1981.

PINTO, José María (1994)

Sobre los niveles de significación en la histeria, Simposio 1994, 6^{tas} Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1994.

RACKER, Enrique (1959)

Estudios sobre técnica psicoanalítica, Ed. Paidós, Bs. As. 1981.