

**TRES ORÍGENES DE LA CONTRATRANSFERENCIA
EN LA INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CORPORALES**

Referencia bibliográfica:

CHIOZZA, Gustavo (1995a) “Algunos aspectos auditivos en el superyó, el letargo, la tentación y la obediencia”.

Trabajo presentado en las 7tas. Jornadas Científicas del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Simposio 1995, Buenos Aires, 1995.

En otra oportunidad (G. Chiozza, 1994b), reconsiderando las formulaciones teóricas freudianas sobre la histeria de conversión, a la luz de los desarrollos de Chiozza sobre las fantasías específicas del trastorno corporal, sostuve la hipótesis de que *Histeria de Conversión* y *Enfermedad Somática*¹ son dos conceptualizaciones distintas que surgen de observar **un mismo existente** desde dos puntos de vista diferentes, uno ontogénico y el otro filogénico. (Véase también G. Chiozza, 1993a y 1994a).

Establecí un paralelo entre conceptos como la sollicitación somática y la alteración orgánica perceptible, la conversión por asociación mnémica y la resignificación secundaria, y la conversión por simbolización y la fantasía específica; luego ordené estas tres series según los tres aferentes de la conciencia: percepción, recuerdo y sensación, respectivamente. Basándome en otros autores (como Freud, Chiozza, Taylor y Pinto) reconduje a una serie continua -sólo diferenciable en sus extremos- conceptos clásicamente opuestos como motor voluntario y vegetativo, universal e individual, específico e inespecífico, herencia y experiencia, afecto y acción, y ontogenia y filogenia.

Si tuviera que resumir aquí, en unas pocas palabras, la conclusión de aquel trabajo, diría que, según aquella hipótesis, todo lo que un síntoma corporal (sollicitación somática o alteración orgánica) tiene de individual, ontogénico, adquirido e inespecífico, es lo que conceptualizamos como *Histeria de Conversión* (conversión mnémica o resignificación secundaria), y todo lo que tiene de universal, filogenético, heredado y específico, es lo que conceptualizamos como *Enfermedad Somática* (conversión simbolizante o fantasía específica) en el sentido de simbolización inconciente que señala Chiozza.

Sostuve, además, que el concepto que nos formemos de aquello que el paciente refiere como síntoma corporal² dependerá del aferente por el cual este “penetre” en la conciencia del observador. La **percepción** determinará si se considera al síntoma una alteración orgánica “real”, un signo, o, en su defecto, una mera simulación histérica. El **recuerdo** permitirá considerar al síntoma como una resignificación del pasado infantil, adquirido (conversión mnémica o resignificación secundaria); y la **sensación** somática permitirá considerar al síntoma como un sustituto afectivo; y, en cuanto afecto, algo universal, heredado filogenéticamente.

¹ Como he fundamentado en trabajos anteriores (1993a, 1994a y 1994b), el concepto de histeria de conversión propuesto por Freud y el de enfermedad somática tal como la entiende Chiozza, se superponen en más de un punto; por lo tanto, me resulta difícil tratarlos separadamente sin dejar de ser consecuente con las ideas propuestas en dichos trabajos. En este trabajo, a los fines de ser conciso, utilizaré los términos *Histeria de Conversión* y *Enfermedad Somática* destacados en cursiva y con mayúsculas en un sentido preciso: *Histeria de Conversión* designará la interpretación habitual del concepto freudiano que diferencia sus síntomas de los de la enfermedad somática, y se refiere al pasado infantil; *Enfermedad Somática* designará la conceptualización teórica de Chiozza acerca las fantasías inconcientes específicas de la enfermedad somática, y se refiere al vivenciar universal.

² El término “*Síntoma Corporal*” ha sido utilizado, desde los escritos de Freud, indiscriminadamente para designar tanto los trastornos orgánicos “reales” como las simulaciones histéricas de aquellos trastornos. En este trabajo utilizaré este término en el sentido más lato de la palabra “síntoma”, es decir algo que el paciente refiere como molestia o dolor que atribuye al cuerpo, y que puede o no haber sido constatado por el médico (signo físico).

Que predomine uno u otro aferente dependerá en parte de las cualidades del existente (el síntoma corporal), pero también, y fundamentalmente de la capacidad del que observa, es decir su contratransferencia. En esta oportunidad me propongo explorar la participación de la contratransferencia, como instrumento, en la progresión de uno a otro nivel, en la interpretación del síntoma corporal.

Construiremos, entonces, una situación clínica hipotética en la que el sujeto que interpreta será, en el ejemplo, un analista; el objeto de la interpretación será un síntoma corporal que presenta un paciente, y el contexto en el que se formularán las distintas interpretaciones, será una sesión de análisis. Para simplificar el ejemplo supondremos un sólo analista que recorre, en el lapso de una sola sesión, los distintos niveles de interpretación del síntoma corporal; aunque bien podría tratarse de tres analistas distintos o bien de distintas sesiones correspondientes a distintos períodos del análisis o, incluso, tres épocas distintas en la evolución del Psicoanálisis como ciencia.

Resta aún elegir el síntoma corporal que, en el ejemplo, haremos objeto de los distintos niveles de interpretación. Debe ser un síntoma lo suficientemente libre de connotaciones previas como para que no excluya a priori, alguna de las interpretaciones en favor de otra; ni tan “objetivo” ni tan “subjetivo”. Tomaremos, entonces, como ejemplo a la TOS³, ya que es tanto síntoma (sensación somática) para el paciente como signo (percepción) para el analista. Además, puede ser interpretado como alteración somática, como irritación histérica o, incluso, como acto fallido. Como arco reflejo, se encuentra a mitad de camino entre lo vegetativo y lo motor voluntario; y por lo tanto entre filogenia y ontogenia.

Reunidos todos los elementos necesarios comencemos el ejemplo. El paciente comienza la sesión hablando, por ejemplo, de la relación conflictiva que tiene con su esposa; y, al mismo tiempo, comienza a intercalarse en su relato el síntoma corporal: el paciente tose. El síntoma irrumpe en la conversación, y no sólo en el sentido metafórico de Freud, ya que tanto para toser como para hablar el paciente utiliza el único aparato de fonación de que dispone.

El analista percibe la tos, al principio, como una perturbación que ni deja hablar al paciente ni lo deja a él oír lo que este “dice”. No interpreta, al principio, la tos como contenido manifiesto sino como un ‘fondo’ en el que se presenta la ‘figura’ que es para él, en este momento, el discurso verbal del paciente. La primera interpretación que el analista hace de la tos nace de la percepción, y es automática y casi inconciente: **la tos es un síntoma de causa orgánica**. Puede ser, por ejemplo, expresión de una bronquitis o laringitis. El analista aún no

³ La interpretación que haré de este síntoma en el ejemplo está basada en aproximaciones previsibles que no pretenden la validez de una significación primaria. A los fines de simplificar el ejemplo tomaré solamente el aspecto de irritación y no el de la dinámica respiratoria, aunque este último parezca ser el esencial. Tampoco es esencial que el analista del ejemplo disponga de la fantasía específica del síntoma corporal a interpretar, ya que su contratransferencia puede orientarlo satisfactoriamente. Este trabajo no trata sobre la tos sino sobre la interpretación de los síntomas corporales en la técnica analítica, y el síntoma elegido puede ser sustituido por cualquier otro. El lector interesado en la fantasía específica inconciente de la tos puede encontrar algunas hipótesis en “*Fragmento de análisis de un caso de histeria*” de Freud (1905e), “*Psicopatología de la tos*” de Fenichel (1944) y en “*Aproximación al significado de la tos*” de Dayen y Obstfeld (1993).

puede establecer una relación entre la tos y la biografía del paciente, ni tampoco relacionar el síntoma con el tema del cual se habla. Su aparición esporádica le resulta azarosa, o bien comandada por el curso misterioso de su enfermedad física.

La sesión prosigue, y la tos, poco a poco va dejando de ser 'fondo' para ir convirtiéndose en 'figura'. Así, dificulta cada vez más el hablar del paciente, el analista debe esperar a que termine de toser para poder comprender el contenido manifiesto, y en ocasiones debe repetir sus interpretaciones ya que el paciente, mientras tose, no las puede oír. El analista comienza a irritarse ya que siente que lo que el paciente había comenzado a decir antes de toser no es lo mismo que continúa diciendo luego de terminar de toser; también siente que cuando debe repetir su interpretación esta se encuentra ya fuera de *timing*.

El analista ha comenzado a profundizar su comprensión. Conoce su oficio y sabe que la perturbación que el síntoma produce en el análisis no debe ser menospreciada. Descubre entonces la **resistencia** que se oculta tras el síntoma corporal. Es probable que no sepa decir, a ciencia cierta, si el paciente ha "creado" el síntoma a los fines de la resistencia (simulación), o si sólo "utiliza" con esos fines un síntoma "real" y preexistente (solicitud somática). Desde esta nueva comprensión ya no considera aleatorios a los episodios esporádicos de tos; más bien al contrario, le sirven de "brújula" para descubrir lo reprimido en los puntos de mayor resistencia.

Nota así, que el paciente tose como un modo de defenderse de las interpretaciones que no puede escuchar, o de las asociaciones que él mismo no desea revelar. Comprende también que una actitud similar debe adoptar el paciente frente a su esposa. Es muy probable que, en este punto, por haber superado una resistencia en su comprensión, acuda a la memoria del analista un recuerdo relacionado con esta situación. Bien podría ser que ese recuerdo "pertenzca" a una escena de la vida del analista; pero, para simplificar el ejemplo, diremos que en este punto el analista recuerda algo que el paciente le ha contado anteriormente, algo de su historia personal. Recuerda, por ejemplo, que el padre del paciente padeció, durante sus últimos años, de bronquitis crónica, y era por lo tanto un gran tosedor. Recuerda también las frecuentes peleas entre los padres del paciente y la actitud desvalorizadora que la madre del paciente tenía hacia su esposo.

El analista, a partir del recuerdo, ha podido enlazar en una cadena significativa al síntoma con una vivencia de la vida del paciente, una vivencia individual, ontogénica y adquirida. **En este punto, el analista, lo sepa o no, esta interpretando la *Histeria de Conversión* en el síntoma.** Si en este punto la sesión terminara y el analista debiera conceptualizar teóricamente el síntoma que ha interpretado, podría recurrir a distintas teorías:

1) Si el analista da poco crédito a los registros perceptivos del síntoma, podrá pensar que la tos no era "real", sino simulada. Este espíritu es el que anima a Freud cuando, frente a los dolores de estómago de Dora, le pregunta "*¿A quién copia usted en eso?*" (Freud, 1905e, pág. 35). Según esta interpretación del síntoma corporal, *Histeria de Conversión* y *Enfermedad Somática* son concep-

tos opuestos, y mutuamente excluyentes. En esta teoría, una interpretación lograda debería acabar con el síntoma. Esta interpretación es la más frecuente frente a síntomas poco “objetivos” como una parálisis en manguito, o muy “subjetivos” como las náuseas.

2) Si, en cambio, cree en la tos como síntoma orgánico real, puede pensar que:

a) La neurosis se vale del síntoma preexistente para expresar su contenido. Sería una conversión por asociación mnémica que se vale de la sollicitación somática⁴. Según esta interpretación del síntoma corporal, *Histeria de Conversión y Enfermedad Somática* siguen siendo conceptos opuestos, pero ya no excluyentes. En esta teoría, una interpretación lograda acabaría con la utilización neurótica del síntoma... luego de la interpretación, el paciente debería tomar algún jarabe específico. Esta interpretación es la más frecuente frente a síntomas más “objetivos” como la fiebre o una *poussé* de una enfermedad crónica.

b) Se trata de una “somatización” de un conflicto psíquico que no encuentra expresión simbólica y se descarga en el cuerpo como pura “cantidad”; es decir, es una *Enfermedad Somática* “psicogenética”. Esta interpretación goza en nuestros días de gran consenso; considera opuestos excluyentes a la *Histeria de Conversión* y la *Enfermedad Somática*, y parece desconocer el concepto de sollicitación somática de Freud. En esta teoría, para cancelar el síntoma el analista deberá lograr que su paciente haga un desarrollo que le permita acceder al nivel simbólico... mientras tanto deberá contentarse con el jarabe.

Pero en el ejemplo que propongo, la sesión aún no termina. El analista posee suficiente experiencia y conoce, en la teoría y en la vivencia, los desarrollos de Racker (1959) acerca de la utilización de la contratransferencia. Sabe que aquella respuesta emocional que le permitió descubrir la resistencia también puede ayudarlo a comprender lo **resistido**. Guiándose por sus sensaciones somáticas, encuentra en **su** irritación el afecto que el paciente reprime. Descubre que, mientras que en su conciencia la irritación es afecto, en el paciente la irritación es síntoma: la tos, una irritación del tracto respiratorio.

La utilización de la contratransferencia, en todas sus implicancias, le permitirá comprender que la irritación del cuerpo simboliza la irritación del alma, a la manera de un símbolo universal, que implica la utilización individual de un patrimonio filogenético heredado. El síntoma expresa simbólicamente la irritación que el paciente siente y reprime por un lado en la transferencia, por lo que el analista le dice; y por el otro, fuera de ella, en la relación con la esposa a quién el paciente aludía con sus asociaciones.

En este nivel de interpretación, el síntoma corporal, una vez comprendido su significado inconciente, es un gesto de expresión y comunicación, donde cuerpo y alma, como en todo gesto, están indisolublemente unidos. El síntoma es aquello que Freud comenzó a ver en la histeria y llamó conversión simbolizante

⁴ Véase, por ejemplo, esta misma interpretación en Freud, 1905e, pág. 73.

(1895d); es aquello que Chiozza desarrolló más acabadamente como fantasía inconciente específica (1963, 1971c, 1978d).

Algunas reflexiones finales:

Todo analista deberá recorrer el camino evolutivo que el analista del ejemplo recorre en la sesión⁵; primero en la teoría y luego en la vivencia. Si partimos de la percepción como único dato significativo, independientemente de nuestra formación teórica, veremos en el síntoma el trastorno orgánico, es decir, el cuerpo.

Cuando, en un segundo tiempo, a través del recuerdo podamos comprender el síntoma en el contexto de la vida particular del paciente, veremos en el síntoma la *Histeria de Conversión*; es decir lo psíquico. Sólo al final, comprendiendo la contratransferencia a través de nuestras sensaciones somáticas, podremos recomponer el afecto desestructurado al que el síntoma simboliza. Veremos en el síntoma la *Enfermedad somática* como simbolización inconciente; es decir cuerpo y alma indisolublemente unidos.

Al llegar a este punto, siguiendo la ley fundamental haeckeliana (Racker, 1959), habremos recorrido ontogénicamente el mismo desarrollo que debió recorrer el Psicoanálisis y que heredamos hoy, filogenéticamente, a través de los conceptos teóricos de aquellos que nos precedieron.

⁵ Es interesante destacar que Freud (1905e), interpretando la tos de Dora, recorre los mismos pasos evolutivos que el analista de nuestro ejemplo. Al comienzo piensa en un catarro de causa orgánica, más tarde, al comprender la utilización que Dora hace de su síntoma en relación a las ausencias del Sr. K. (pág. 36) interpreta lo individual en el síntoma, lo que he llamado el punto de vista de la *Histeria de Conversión*. Dentro de este mismo nivel, en ciertos momentos parece dudar de la "veracidad" de la tos al afirmar que Dora, a través de la tos imita al padre (pág. 72). Sólo más tarde, apunta a la simbolización inconciente universal al plantear la hipótesis de que la tos simbolizaría el coito *per os* (pág. 43).

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, Gustavo (1994b)

Reconsideraciones sobre la Histeria de conversión, (sin publicar) presentado en el CCMW, Buenos Aires, agosto de 1994.

CHIOZZA, Luis (1963)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, "Comunicación Preliminar", Ed. Luro, Buenos Aires.

CHIOZZA, Luis (1971c)

"Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma", en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Ed. Paidós, Biblioteca del CCMW, Buenos Aires, 1980.

CHIOZZA, Luis (1978d)

"El problema de la simbolización en la enfermedad somática", en *Trama y figura...*, ibídem.

DAYEN y OBSTFELD (1993)

Aproximación al significado de la tos, Simposio 1993, 5^{tas} Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1993.

FENICHEL, Otto (1944)

Psicopatología de la tos, Revista de Psicoanálisis, Tomo I, APA, Buenos Aires, 1944.

FREUD, Sigmund (1895d)

Estudios sobre histeria, 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.

RACKER, Enrique (1959)

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