

## TRES ORÍGENES DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CORPORALES.

Dr. Gustavo Chiozza.

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*<sup>1</sup> son dos conceptualizaciones distintas que surgen de observar **un mismo existente** desde dos puntos de vista diferentes, uno ontogénico y el otro filogénico.

Esta hipótesis surgió de encontrar analogías entre conceptos de uno y otro autor, como por ejemplo el concepto de *conversión* y el de *desestructuración patosomática del afecto*, el concepto de *conversión mnémica* y el de *resignificación secundaria*, y el concepto de *conversión simbolizante* y el de *fantasía específica*.

Sostuve además, que el concepto que nos formemos de aquello que el paciente refiere como síntoma corporal<sup>2</sup> dependerá del aferente privilegiado por el cual este “penetre” en la conciencia del observador. Que predomine la **percepción**, el **recuerdo** o la **sensación**, dependerá en parte de las cualidades particulares de cada 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<sup>3</sup>. Resta aún elegir el

---

<sup>1</sup>. 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 lo 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 de las fantasías inconcientes específicas de la enfermedad somática, y se refiere al vivenciar universal.

<sup>2</sup>. 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 acompañarse de signos físicos constatados por el médico.

<sup>3</sup>. 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 distintos analistas o bien de distintas sesiones correspondientes a distintos períodos del análisis o, incluso, distintas épocas en la evolución del Psicoanálisis como ciencia.

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 TOS<sup>4</sup>, ya que es tanto síntoma (sensación somática) para el paciente como signo (percepción) para el analista. Además puede ser interpretado como alteración orgánica, 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 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**<sup>5</sup>. Puede suponer que la tos es la expresión de una bronquitis o laringitis, objetivable por signos físicos<sup>6</sup>. El analista aún no 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 el paciente 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*.

---

<sup>4</sup>. 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 tusígena y no el de la dinámica respiratoria. 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).

<sup>5</sup>. Chiozza (1989) sostiene que se desprende claramente de la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, planteada por Freud en su *Esquema de psicoanálisis*, que llamamos somático a lo psíquico inconciente cuando se presenta a la conciencia privado de su significación.

<sup>6</sup>. Muchas veces se apoya esta interpretación en el hecho de que el paciente refiere una consulta anterior con el médico clínico en la que los signos físicos enlazados al síntoma han sido objetivados.

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. 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.

Ahora puede notar que el paciente tose como un modo de defenderse inconscientemente de las interpretaciones que no puede escuchar, o de las asociaciones que 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<sup>7</sup>; en términos teóricos diríamos que se trata del “recuerdo reprimido”. Recuerda, por ejemplo, que el padre del paciente padeció, desde joven, 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. A partir de ahora el síntoma corporal tiene, para el analista, un sentido en la vida de ese paciente; expresa, por ejemplo, que el paciente vivencia un acontecimiento actual (la pelea con la esposa) de acuerdo a un modelo adquirido en su infancia, es decir “repite en lugar de recordar”. **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 que acompañan al 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 conceptos 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. Ocurre también cuando el paciente refiere que el clínico “no ha encontrado nada orgánico”.

2) Si, en cambio, cree en la tos como el producto de una alteración orgánica real, puede pensar que:

a) La neurosis se vale de un trastorno orgánico preexistente para expresar su contenido. Sería una conversión por asociación mnémica que se

---

<sup>7</sup>. Bien podría ser que ese recuerdo “pertenezca” 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.

vale de la sollicitación somática<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>” de un conflicto psíquico que no encuentra expresión simbólica y se descarga en el cuerpo como pura “cantidad”; es decir, es una *Enfermedad Somática* de “causa psíquica”, o como se la llama en nuestros días, “*psicosomática*”. Se encuentra en un punto intermedio entre la “simulación” histérica y la enfermedad orgánica “real”, no simbólica. Esta interpretación goza en nuestros días de gran consenso y parece desconocer el concepto freudiano de sollicitación somática<sup>10</sup>. 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 la misma sensación somática que en su conciencia es afecto, en el paciente es síntoma: la tos, una irritación del tracto respiratorio.

La utilización de la contratransferencia, en todas sus implicancias, le permitirá comprender que la irritación tusígena en el “cuerpo” simboliza a la irritación afecto en el “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 en la transferencia, y a la cual alude mediante sus asociaciones acerca de la relación con la esposa.

---

<sup>8</sup>. Véase, por ejemplo, esta misma interpretación en Freud, 1905e, pág. 73.

<sup>9</sup>. Tanto el concepto freudiano de *sollicitación somática*, como el concepto de *somatización*, tan difundido en nuestros días, surgen de una particular combinatoria de los distintos aferentes en la conciencia del observador, en el contexto de una teoría que considera realidades distintas a la histeria de conversión y a la enfermedad somática. Podríamos describir tal combinatoria del siguiente modo: se percibe un signo físico y, al mismo tiempo se comprende la resignificación secundaria (a la que se considera una utilización neurótica del trastorno orgánico “real”) pero no se comprende el significado primario, es decir, la fantasía inconciente específica (universal).

<sup>10</sup>. En este modo de interpretar el síntoma corporal, la alteración orgánica “objetivable” descarta el “diagnóstico” de Histeria de Conversión.

En este nivel de interpretación<sup>11</sup>, 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 ahora aquello que Freud comenzó a ver en la histeria y llamó conversión simbolizante (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 sesión<sup>12</sup>; primero en la teoría y luego en las vivencias contratransferenciales. 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 en la contratransferencia podamos comprender el síntoma como la repetición de un recuerdo reprimido 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 que el paciente ha desestructurado y 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.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---

<sup>11</sup>. Si bien este último nivel es el que permite una comprensión más profunda, en la aplicación terapéutica de aquello que hemos comprendido debemos poder integrarlo con los otros niveles de comprensión. Como lo muestra el tratamiento psicoanalítico y el estudio patobiográfico, en la interpretación que damos al paciente interpretamos lo universal en el contexto de lo individual, es decir, con las escenas y los personajes de ese particular paciente.

<sup>12</sup>. 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 toda tos simbolizaría al coito *per os* (pág. 43).

CHIOZZA, Gustavo (1993a)

*La conversión, ¿fenómeno o concepto?*, Simposio 1993, 5<sup>tas</sup> Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1993.

CHIOZZA, Gustavo (1994a)

*Histeria de conversión y enfermedad somática: algunos interrogantes.*, Simposio 1994, 6<sup>tas</sup> 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...*, ibidem.

CHIOZZA, Luis (1989)

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

DAYEN y OBSTFELD (1993)

*Aproximación al significado de la tos*, Simposio 1993, 5<sup>tas</sup> 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 una caso de histeria*, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

RACKER, Enrique (1959)

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