

SOBRE LA RELACIÓN ENTRE HISTERIA DE CONVERSIÓN Y ENFERMEDAD SOMÁTICA¹

Referencia bibliográfica:

CHIOZZA, Gustavo (1996d) “Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática”

Trabajo publicado en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 385-431.

¹ Este trabajo, con algunas modificaciones, fue escrito en 1996 para ser presentado al Premio Ángel Garma de la Asociación Psicoanalítica Argentina y resulta de la fusión de otros dos trabajos presentados en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica: “Reconsideraciones sobre la histeria de conversión” (Chiozza, G., 1994b), en agosto de 1994 y “El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica” (Chiozza, G., 1995d), en junio de 1995. En estos últimos se retoman y desarrollan ideas presentadas en sucesivos simposios del Centro Weizsaecker (Chiozza, G., 1993a, 1994a, 1995a). Este trabajo mereció el segundo lugar en el Premio Ángel Garma 1996.

“...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 GRODDECK (1969).

Introducción:

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 histeria. 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 histeria 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-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 anatómo-patológica²...” (1905e).

² Aparentemente Freud entra aquí en una contradicción. ¿Cuáles serían las “bases orgánicas” que no deben buscarse en una “alteración anatómo-patológica”? Como comprenderemos más adelante, a través de una cita de Groddeck, Freud se refiere aquí a lo nervioso que, en aquella época era considerado un cierto interregno entre lo psíquico y lo somático. No cabe duda que

Sin embargo, haciendo oídos sordos 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. Para este problema la epistemología dualista resulta insuficiente, ya que en el mismo instante en que nos preguntamos por la relación psique-soma, nos hemos ubicado ya, fuera del modelo dualista. **Un modelo que considera dos únicos existentes nunca podrá dar la respuesta a una pregunta que contiene ya, tres tipos de existentes distintos: lo psíquico, lo somático y lo que, ni psíquico ni somático, relaciona ambos existentes.**

A poco de avanzar en sus investigaciones sobre la histeria, Freud, enfrentado con este problema, necesitó valerse de formulaciones que, según Chiozza (1991b [1989]), 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, considerando que el cuerpo (como forma, función y desarrollo) posee un significado (Chiozza, 1984a [1970] y Weizsaecker, 1946). 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... ¿qué pensamos del síntoma conversivo? ¿Es un trastorno “orgánico” como los de la enfermedad somática? Ya otros autores se han formulado preguntas similares; 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, pág. 120)

“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 orgánico no perteneciera a esta área de actividad; lo hizo mientras fue posible,

esta concepción, que orillaba los límites del dualismo cartesiano, buscaba un “tercer existente” que diera cuenta de la relación psique-soma.

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 (1991b [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 post-freudianos. 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 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 psicosomáticas a las que llama pregenitales. Ferenczi, Rangell, Deutsch 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 la existencia de un mecanismo tal se encuentra Chiozza (1978c [1977-1978]), 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

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 utili-

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) 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 (...) el hecho de que un fenómeno pueda desaparecer y aparecer otro en su lugar no significa la transformación de contenidos y sí la expresión de un mismo hecho en distintas áreas”* (pág. 58).

En otra oportunidad (Chiozza, G., 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 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 inconciliante es **trasponer a lo corporal la suma de excitación**, para lo cual yo propondría el nombre de **conversión**”* (Freud, 1894a, pág. 50).

zación 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.

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

Sin embargo, la primera exposición detallada del concepto, aparece en la epícrisis 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”.

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 de un término (al cual coloca entre comillas) para resolver un fenómeno del cual no puede dar cuenta conceptualmente (Freud, 1909d); 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

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

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

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, 1975b) con la cual 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 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. En otras palabras, 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 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 inconcientes. 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 conversivo⁷.

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, pág. 124).

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,

⁷ Lo cual implica una cierta contradicción con la definición del término “conversión” ya que, si el síntoma no es “realmente” somático, entonces no hay una “verdadera” conversión de una cosa en otra.

por lo tanto, ni psíquico ni somático en sí. La conversión aquí ha dejado de ser un cambio de “esencia”, para ser 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 inconciente, y podemos ver lo “somático” de una fobia en los cambios corporales de la 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 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”, aún no descubierta por los recursos diagnósticos actuales. Esta alteración (neural 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 las que, 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 histé-

rica 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” (Freud, 1905e, 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” (Freud, 1905e, 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” (Freud, 1905e, 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 expresarán, 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 patosomá-

tico 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.

Sin haber llegado aún a destino, 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 ‘solicitud 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 ‘solicitud somática’ que procura a los procesos psíquicos inconcientes una salida hacia lo corporal”, es decir la conversión (Freud, 1905e, pág. 37/38).

Si quisiéramos ahora, siguiendo lo expuesto, concluir esta sección afirmando que lo somático en la histeria consiste en la solicitud 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 solicitud 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 solicitud somática con la conversión mnémica; en definitiva, el problema de la conversión.

Para ambos enfoques epistemológicos la histeria de conversión continúa siendo un problema (Chiozza, G., 1994b). En estos días en que la psicopatología ocupa el centro de interés del psicoanálisis, reconozcámoslo, nos causa problemas hablar de histeria; aún sigue siendo nuestra *bête noire*. Muchas preguntas nos salen al paso: ¿El cuerpo afectado por la histeria de conversión, es el mismo que el afectado por la enfermedad somática? Los síntomas corporales de la histeria, ¿son “realmente” corporales?

Bajo esta pregunta subyace hoy, luego de un siglo, la antigua pregunta: “¿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” (Freud, 1905e, pág. 37). Mucho más fructífero que intentar responder esta pregunta, que obviamente reintroduce el dualismo cartesiano, resultará traer a la luz el malentendido que ella contiene. Creo que este malentendido encuentra su justificación, otra vez, en el origen médico del psicoanálisis.

El problema, a mi entender, surge del prejuicio de considerar que, mientras que la enfermedad somática, valga la redundancia, es somática, la histeria, si no es puramente psíquica, es, a lo sumo, un misterio. Y este prejuicio se apoya tanto en el malentendido acerca del concepto freudiano de conversión al que nos referimos, como en una excesiva fe en los criterios que utiliza la ciencia médica para determinar qué es somático y qué no lo es.

Si, trascendiendo el dualismo cartesiano, consideramos a lo somático como una representación conciente de un existente que en sí mismo, y más allá de nuestras categorías de conocimiento, es incognoscible, no podemos luego retroceder y considerar un cuerpo “real”, el de la enfermedad somática, y uno distinto, “imaginario”, el de la histeria. Entonces ¿por qué introducir una línea divisoria confusa y dudosa en lo que se presenta a nuestra conciencia como síntoma corporal?

Confundidos, como tantas veces lo estuvo Freud en este difícil tema, se nos ha pasado por alto que no podemos preguntarnos por lo somático de la histeria y luego afirmar que histeria y enfermedad somática son cosas distintas, sin entrar en una contradicción. Sea lo que fuere lo que estamos buscando cuando nos preguntamos por lo somático de la histeria (la química neuronal o la anatomía general), siempre nos remitirá, como somático, al concepto de cuerpo que contempla el psicoanálisis a través de su segunda hipótesis fundamental (Freud, 1940a, Chiozza, 1974a [1972], 1991b [1989]).

Creo que si podemos deshacer este malentendido daremos un importante paso hacia una teoría más unificada; es decir, no sólo la comprensión psicoanalítica del trastorno orgánico, que inevitablemente alude al diagnóstico médico, sino a la comprensión psicoanalítica de lo que se presenta a la conciencia del que observa (médico, psicoanalista o paciente) como **síntoma corporal**⁸; dejando de lado consideraciones ajenas al campo de observación psicoanalítico acerca de si existe o no “*sustrato material demostrable*”.

No sobrestimemos entonces el juicio que hace la medicina desde una epistemología que hemos tenido que descartar, acerca de qué es “realmente” somático y qué solamente lo “parece”. Seamos fieles a nuestra segunda hipótesis fundamental (Freud, 1940a), y reexaminemos el problema de la histeria considerando que llamamos somático a lo que se presenta a la conciencia privado de su significado inconciente (Chiozza, 1991b [1989]).

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, como lo hace Freud al hablar de solitación somática, en una vía de facilitación, por un lado, y por otro un significado nuevo y distinto que aprove-

⁸ Aquí utilizo la expresión síntoma corporal, como muy habitualmente se lo hace, en sentido amplio, englobando tanto las sensaciones somáticas (opresión, dolor, picazón) sólo presentes en la conciencia del que las padece, como a los signos físicos (tos, eritema, contractura) susceptibles de percepción tanto para el paciente como para el médico o, a veces, para el psicoanalista.

cha esa vía para expresarse⁹. 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).

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 psicosomática*.

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? (Chiozza, G., 1993a, 1994a).

⁹ A esto mismo alude Pinto (1981, 1994), según interpreto, al decir que “molde” y “relleno” son sólo una separación conceptual.

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 conciente un determinado afecto. A partir de allí Chiozza (1975b) 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 inconciente 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. Este 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 la fobia, que se evidencia en una serie de eventos somáticos que la conciencia interpreta como un afecto: la angustia. El significado perdido tras la represión determina lo inadecuado del afecto - justamente su *sin sentido* - (Freud, 1909d).

Distinto ocurre cuando lo que no se tolera en la conciencia es la mera posibilidad de tener miedo, independientemente de la representación a la que el afecto esté unido. 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, 1986a).

¿Qué ocurre con el afecto 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 ex-

*perimentaban 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 indifférence* (Obstfeld, 1978, Pinto, 1981, G. Chiozza, 1994a)). Si bien la histeria de conversión es considerada una neurosis, la ‘retención’ del afecto, la *belle indifférence* y los síntomas corporales, la diferencian claramente de las demás neurosis¹⁰. En palabras de Freud (1905e):

*“... el carácter particular de la histeria, **que la diferencia** de otras psico-neurosis” es la “solicitud somática” que procura a los procesos psíquicos inconcientes 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”. Apoyaría esta hipótesis que Freud, en alguna otra oportunidad se volviera a ocupar del tema con más detenimiento. 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

¹⁰ Cabe recordar, en este mismo sentido, que, para Freud, a diferencia de las demás neurosis, en la histeria de conversión, la represión actúa de manera exitosa: el afecto desaparece de la conciencia. “Una represión como la del caso de la fobia a los animales puede definirse como radicalmente fracasada. (...) A una apreciación por entero diversa del proceso represivo nos fuerza el cuadro de la genuina histeria de conversión. Lo sobresaliente en ella es que consigue hacer desaparecer por completo el monto de afecto. El enfermo exhibe entonces hacia sus síntomas la conducta que Charcot ha llamado ‘la belle indifférence des hystériques.’” (Freud, 1915d, pág.150).

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 indifférence*.

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, irreconocible, del afecto ‘estrangulado’.

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 sustituimos “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. Veamos otro ejemplo; en esta ocasión Freud se ocupa de la represión en la histeria de conversión.

“A una apreciación por entero diversa del proceso represivo nos fuerza el cuadro de la genuina histeria de conversión. Lo sobresaliente en ella es que consigue hacer desaparecer por completo el monto de afecto. El enfermo exhibe entonces hacia sus síntomas la conducta que Charcot ha llamado ‘la belle indifférence des hystériques’. (...) El contenido de representación de la agencia representante de pulsión se ha sustraído radicalmente de la conciencia; como formación sustitutiva – y al mismo tiempo como síntoma — se encuentra una inervación hiperintensa – somática en los casos típicos – unas veces de naturaleza sensorial y otras de naturaleza motriz, ya sea como excitación o como inhibición. El lugar hiperinervado se revela a una consideración más atenta, como una porción de la agencia representante de pulsión reprimida que ha atraído hacia sí, por condensación, la investidura íntegra.” (Freud, 1915d, pág.150). Entendiéndolo así, el paso que sigue nos lleva, inevitablemente, a reunir bajo un único concepto a la histeria de conversión y a la 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

históricos 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 histórico¹¹. 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 histórico 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 Cécilie M., fue el que le permitió alcanzar una mayor intelección de la histeria, al punto de motivarlo a escribir, junto con Breuer, 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.

Recordemos entonces, este historial: Cécilie 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*"¹² de esa neuralgia"¹³.

¹¹ "... el carácter particular de la histeria, **que la diferencia** de otras psiconeurosis" es la "*sollicitación somática*" que procura a los procesos psíquicos inconcientes una salida hacia lo corporal. Cuando este factor no se presenta, el estado total será diverso de un síntoma histórico, (...) tal vez una fobia o una idea obsesiva; en suma, un síntoma psíquico" (Freud, 1905e, pág. 38).

¹² Otra vez el criterio dualista: "si es psíquico, entonces no debe ser somático".

¹³ 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 (Cécilie y Dora), o histórico y somático son dos puntos de vista para una misma neuralgia facial.

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 (1991b [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 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 ‘espinas 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 simbolización¹⁴; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común" (íbid. 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 (Freud, 1926d).

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 filogenéticas, 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

¹⁴ Aquí el uso del término simbolización no debe confundirnos. Se refiere a que tal vez sea incorrecto pensar en dos existentes separados, donde el primero simboliza al segundo, al modo de una "transferencia figural"; Freud prefiere pensar que el síntoma (soma) y la expresión lingüística (psique) constituyen, en su fuente inconciente, un único existente (afecto).

en el sentido lamarckiano (Freud, 1937c). 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, en las nuevas generaciones, 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.

En mi opinión, esta distinción es, sobretodo, conceptual; por ejemplo R. Taylor (citado por Chiozza y col., 1991b [1990]) 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' sucesivas.

Volviendo al tema de la conversión, esta distinción grosera halla su correlato conceptual 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 tal posibilidad existe). 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 col., 1986a).

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**¹⁵. 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.

¹⁵ El destacado es me pertenece.

Solemos considerar que lo filogenético, lo universal, es lo específico, mientras que lo ontogenético, lo individual carece de aquella cualidad. A 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 aparecía como universal, en el siguiente, aparece como 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 universal¹⁶ y en el significado específico de las piernas en la sexualidad¹⁷. Y también vale lo contrario, ya que la herencia no es otra cosa que experiencia.

La conversión mnémica y la resignificación secundaria:

Hasta ahora hemos logrado parangonar los conceptos que tenemos de histeria de conversión a aquellos con los cuales Chiozza comprende el significado inconciente específico de la enfermedad somática. Parangonamos la sollicitación somática a los trastornos somáticos perceptibles y la conversión por simbolización a la desestructuración patosomática del afecto. Deberíamos entonces encontrar un correlato conceptual, en la teoría de Chiozza, para aquello que, en términos de Freud, alude al vivenciar individual, la conversión mnémica; pero antes hagamos un breve repaso de lo desarrollado hasta aquí.

Freud, al profundizar en la exploración psíquica de los síntomas corporales de la histeria, se encontró con que la teoría según la cual el histérico "creaba" los síntomas corporales para significar y simbolizar un suceso biográfico traumáti-

¹⁶ El mismo razonamiento que aplicamos antes, ejemplificándolo con la enfermedad hipertensión, podemos aplicarlo ahora al complejo de Edipo universal, y decir que este no existe sino como una serie de hombres experimentando afectos, cada uno a su manera.

¹⁷ Véase "*Los significados inconcientes específicos de la enfermedad varicosa*" de Chiozza y colaboradores en Chiozza y col., 1991e [1990].

co, de naturaleza sexual, no alcanzaba para esclarecer todos los síntomas con los que se encontraba. Las cosas eran más complejas.

Muchas veces era imposible establecer una diferencia tajante entre los síntomas corporales de la histeria y los orgánicos; ya por falta de alteraciones materiales en síntomas presuntamente orgánicos, como también por la objetivación de las mismas en síntomas considerados histéricos. El otro problema surgió al encontrar síntomas corporales típicos, que se repetían en uno y otro caso de histeria, para los cuales era poco convincente suponer experiencias traumáticas individuales e idénticas.

Para resolver el primero de los problemas, creó el concepto de **conversión por solicitud somática**, según el cual, el síntoma histérico **no puede producirse** sin la participación de un proceso normal o patológico en el interior de un órgano (Freud, 1905e). Unas veces lo describe como un trastorno orgánico que “debilita” el órgano, favoreciendo la expresión del conflicto por esa vía de facilitación; otras, en cambio, como un aumento de la erotización del órgano que presta la vía para la conversión¹⁸.

Para resolver el segundo problema, el de los síntomas típicos, crea un concepto mucho más logrado que el anterior, la **conversión por simbolización**. Según este concepto, el síntoma corporal de la histeria puede expresar también vivencias universales, valiéndose de las sensaciones somáticas que, hoy debilitadas, constituyen el origen mismo de los afectos (Freud, 1895d); los afectos son como unos ataques histéricos universales y heredados, que conmemoran vivencias filogenéticas (1926d).

El síntoma histérico, explica Freud, es la exageración (por conversión) de las vías de inervación de los afectos (Freud, 1910a); de modo tal que el afecto queda retenido (la *belle indifférence*) y en la conciencia sólo se registra la sensación somática exagerada que, sin la vinculación con el afecto que le da origen, aparece como un síntoma corporal inexplicable (Chiozza, G., 1994a, 1994b).

Junto a estos dos conceptos de conversión se encuentra todavía el primero, según el cual el síntoma simboliza un suceso del pasado infantil, al que da el nombre de **conversión por asociación mnémica**. Y agrega Freud que las tres formas de conversión, se hallan presentes en todo síntoma, o -en mis palabras (Chiozza, G., 1994b)- **son tres maneras distintas de comprender un mismo síntoma corporal**.

Llegamos así a una conclusión inevitable: **para Freud, todo síntoma corporal histérico es a la vez un proceso orgánico perceptible (solicitud somática), una sensación somática que, como parte de un afecto, simboliza una vivencia universal filogenética (conversión simbolizante) y como recuerdo, un suceso traumático infantil, individual ontogenético (conversión por asociación mnémica)**.

¹⁸ Esta idea de la erotización del órgano lo conducirá a plantear el concepto de **lenguaje de órgano** a partir del concepto de hipocondría (Freud, 1915e, Chiozza, 1991b [1989]).

Vimos que Freud partiendo de los recuerdos reprimidos, encuentra en los afectos (el genuino motivo de la represión) la clave para comprender los procesos somáticos, ya presentes -como sollicitación somática- en el síntoma histérico. Pero Freud no continúa esos desarrollos. Mientras que estimula a quienes, como Groddeck y Weizsaecker, centran su interés en los procesos somáticos y augura para el psicoanálisis un futuro promisorio en ese terreno, no desea, al parecer, exponer al psicoanálisis a más críticas que las que ya tenía por parte del *establishment* científico de su época.

Chiozza, en cambio, tomando un punto de partida diferente, el síntoma corporal de la enfermedad orgánica enhebra una serie de conceptos freudianos que implícitamente integran una epistemología que trasciende el positivismo científico y el dualismo cartesiano. Entre estos conceptos podemos mencionar algunos de los más importantes: la estructura y el funcionamiento corporal como fuente de un impulso cualitativamente diferenciado (Freud, 1905d), la simbolización inconciente presente en el síntoma corporal (Freud, 1895d), el afecto como ataque histérico universal (Freud, 1926d), el lenguaje de órgano (Freud, 1915e) y la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis (Freud, 1940a).

Desarrollando estos conceptos, considera al síntoma corporal de la enfermedad somática el sustituto desfigurado de un afecto al que simboliza y significa. Crea, del mismo modo que Freud, un concepto que le permite “explicar”, en términos mecánicos esta relación entre el síntoma y el afecto (Chiozza, G., 1994b). Según su concepto, el afecto es desestructurado en su clave de intervención, perdiendo de este modo la coherencia que permite que la conciencia lo reconozca como tal (Chiozza, 1975b).

El órgano (o la función), como zona erógena, es fuente de un impulso que, como tal, configura un deseo. En la medida que ese deseo no se satisface, la pulsión, descargada en el propio yo, se experimenta como un afecto. Cuando este afecto se desestructura en su clave de intervención aparecerá el síntoma corporal, afectando el órgano fuente. Siguiendo a Freud (1915c), cuando afirma que del examen de los fines de la pulsión puede deducirse la fuente, la relación entre el síntoma corporal y el afecto al que representa es específica; esta especificidad está dada por la pulsión como fantasía inconciente.

Pero la especificidad, lo universal, lo heredado, aquello que se remonta al vivenciar filogenético, nada de esto, agota las afirmaciones de Chiozza sobre la enfermedad somática. Con no menos énfasis, Chiozza (1986a) se ocupa de señalar que toda enfermedad oculta en el cuerpo un capítulo de la biografía del enfermo.

Interpretar el síntoma corporal del trastorno orgánico no es sólo interpretar la fantasía específica (Chiozza, G., 1996a). El vivenciar filogenético nos ayudará a comprender la relación entre el órgano (o la función) comprometido y el afecto al que simboliza; pero la interpretación que hace conciente el afecto reprimido, debe contemplar la resignificación individual de aquello universal. Interpretar el afecto universal, en el contexto de esa particular historia, compuesta por personajes igualmente particulares. A este aspecto de la interpretación sole-

mos referirnos con el concepto de **resignificación secundaria**¹⁹. Es este concepto, según creo, el correlato teórico al concepto de conversión mnémica planteado por Freud para la histeria de conversión.

Dos puntos de partida para la comprensión psicoanalítica del síntoma corporal: Las ideas de Freud y las ideas de Chiozza.

Si bien ambos autores, Freud y Chiozza, toman distintos puntos de partida, las conclusiones a las que ambos arriban, parecen ser muy similares. Creo que sería útil, en este punto, puntualizar las similitudes entre ambas teorías.

El psicoanálisis considera al enfermar como el fracasado intento de desalojar algo de la conciencia; la enfermedad, no es otra cosa que el retorno a la conciencia de aquello reprimido sin éxito. Si bien el genuino motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso, no siempre el movimiento represivo recae sobre el afecto mismo. Como ya dijimos, un ejemplo de esto último podemos observarlo en el caso de la fobia, donde lo que se ha desalojado de la conciencia es una representación; y esto basta para que el afecto deje de ser intolerable.

Cuando este mecanismo no basta, la represión alcanza directamente al afecto; el resultado es un **síntoma corporal**. Desde la teoría de Chiozza (1975b), esta es la forma patosomática del enfermar; el afecto se desestructura en su clave de inervación y desaparece de la conciencia.

En la teoría de Freud (1910a), la conversión, exagerando las vías de inervación del afecto estrangulado, produce el síntoma corporal; el afecto desaparece de la conciencia, estado que ha sido descrito como *belle indifférence*. En ambas teorías el síntoma corporal es un sustituto del afecto reprimido (retenido, estrangulado, desestructurado). El afecto se expresa a través del síntoma corporal, y este último simboliza al primero.

En tanto que en ambas teorías el síntoma corporal es el sustituto de un afecto, en ambas teorías podemos establecer un nexo significativo entre el síntoma y un suceso particular de la historia del que lo padece. Este nexo se establece a través de los **recuerdos** del paciente que han sido reprimidos.

¹⁹ Suele pensarse que, si interpretamos un trastorno por sus resignificaciones secundarias, si bien es terapéuticamente útil, la interpretación, en cuanto al contenido, no es del todo exacta. Pensamos que el significado secundario “no es” el adecuado ya que “no tiene que ver” con el primario. Habitualmente se ejemplifica esto diciendo que, junto a su significado primario, un cálculo biliar podría, secundariamente, representar una fantasía de embarazo a feto muerto (Chiozza, 1984a [1970]). Pero esta concepción no resiste un segundo análisis. ¿Cómo la resignificación, 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, 1993a [1992]) 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 (Pinto, 1981), la distancia entre las resignificaciones secundarias y el significado primario será, lógicamente, variable.

Freud se refiere a esto como un suceso traumático, de naturaleza sexual. Chiozza describe este nexo diciendo que la enfermedad es un capítulo de la biografía del sujeto que la padece. La teoría de Freud contempla este nexo en el concepto de **conversión mnémica**, mientras que la teoría de Chiozza se vale del concepto de **resignificación secundaria**.

Ambos autores (en este punto Chiozza siguiendo a Freud) consideran al afecto un ataque histérico universal y heredado, donde las sensaciones somáticas que componen al afecto fueron en el pasado filogenético actos motores justificados.

Considerar al síntoma corporal como el sustituto de un afecto, también permite comprender, a través de esas **sensaciones**, en ambas teorías, lo filogenético, lo heredado y lo específico, es decir, el vivenciar universal. Esta comprensión, que trasciende lo individual, Freud la llama **conversión por simbolización**, mientras que Chiozza alude a ello con su concepto de **fantasía inconciente específica**.

Algunos ejemplos:

Para comprender mejor las similitudes entre ambas teorías intentaremos aplicar, hasta donde los datos lo permitan, los conceptos de un autor, a los casos clínicos del otro.

Empezaremos por Freud, tomando el caso de Elizabeth von R. El acabado análisis que hace Freud permite comprender los distintos aspectos del síntoma. Desde el punto de vista de la resignificación secundaria veremos en el síntoma corporal el capítulo que se oculta de esa particular biografía: el recuerdo de las vivencias en que el padre de Elizabeth apoyaba sus hinchados pies sobre las piernas hoy parestésicas. Al mismo tiempo, podemos comprender la fantasía específica (hasta cierto punto), en el símbolo universal, heredado, de las piernas y el caminar como símbolo de avanzar en la vida.

Agreguemos algunos elementos más. Avanzar en la vida es, en el lenguaje del inconciente, acercarse al padre; además, debemos tener en cuenta el importante significado erótico de las piernas que, como dos guías, conducen hacia los genitales (Chiozza y col., 1990e). Si recordamos el conflictivo enamoramiento que Elizabeth tenía con su padre, y con cuánta culpa vivió el empeoramiento de él cuando ella se alejó para asistir al *baile*²⁰ con su pretendiente, tendremos más elementos para comprender por un lado, el efecto que tuvo sobre ella el *acercamiento* al cuñado, tras la muerte de la hermana (lo individual); y por el otro, como las parestesias simbolizan el intento de negar la excitación incestuosa, justamente en las piernas, símbolo privilegiado de la seducción femenina (lo universal).

²⁰ En el “baile” se condensan, otra vez, estos dos términos: las piernas como órgano motor, que aporta los recuerdos ontogenéticos, y la sexualidad en tanto el baile es un símbolo universal del coito.

Podemos intentar un análisis similar para el brote de esclerosis en placas de Albertina²¹. 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 (aquello que para Chiozza es la resignificación secundaria, el capítulo de una biografía oculta en el cuerpo).

Veríamos por ejemplo los recuerdos de los paseos a caballo con el padre en los que éste le manifestaba el amor que sentía por ella, o el significado que tuvo en su vida aquella sentencia de su madre cuando le decía que ella había nacido del muslo de Júpiter; o incluso el recuerdo de cuando vio el pene del padre, recuerdo desplazado y simbolizado en las piernas. Si pensamos en este último recuerdo, no resulta difícil pensar que, mucho antes de que aparecieran los signos y síntomas de su enfermedad, cualquiera hubiera diagnosticado de histérico el síntoma de la frigidez.

Las fantasías específicas de la esclerosis en placas, descritas en el caso, representarían, siguiendo la comparación, la conversión por simbolización. Asemejando un poco estos significados a los de la biografía de Elizabeth, podemos decir que tampoco Albertina podía avanzar un solo paso en la vida; no sabía qué paso dar, cómo “acercarse al padre”; *“Debería poder lo que papá no pudo”* (pág. 115).

En el caso del melanoma²² el aspecto individual del síntoma adquiere una importancia particular; 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 onipotente sus sentimientos de pérdida y abandono, reiterados ahora en la relación con su hijo”*²³ (pág. 108).

El psicoanálisis frente al problema de lo somático en la histeria:

Examinamos ya cómo conceptualizan, uno y otro autor, los datos que la conciencia recoge del síntoma corporal; primero por el aferente del recuerdo y luego por aquel otro de la sensación. Nos falta aún la percepción que es donde se encuentra, justamente, el origen del problema de la histeria. En el caso de la enfermedad somática, obviamente, la percepción estará dada por el trastorno orgánico. Pero en la histeria, ¿hay alteración orgánica?

²¹ Véase *Con los cables pelados* en ¿Por qué enfermamos? (Chiozza, 1986a).

²² Véase *Un lunar inocente* en ¿Por qué enfermamos? (Chiozza, 1986a).

²³ El destacado no corresponde al original.

En este punto resulta sumamente difícil abstenerse de caer en el concepto de cuerpo de la ciencia positivista. ¿Qué es lo que buscamos en la histeria, la percepción del síntoma corporal o la alteración anatómica del mismo? Tanto la tos, el vómito, la parálisis facial o la astasia abasia arrojan, como síntomas corporales, abundantes signos perceptivos. No obstante, la posibilidad de encontrar en ellos alteraciones somáticas varía mucho de un caso al otro.

Y no siempre el hallazgo de una alteración somática o la certeza de su ausencia es lo que rubrica el diagnóstico de enfermedad somática o histérica, respectivamente. Muchas veces basta la suposición o la sospecha, y en esto influye de manera determinante en la medicina, cuán evidente se haga el nexo con las motivaciones anímicas.

En otras palabras, **el diagnóstico diferencial toma, para la medicina dualista, dos variables: lo somático y lo psíquico; una inversamente proporcional a la otra.** Cuanto más evidente se revele el nexo entre un determinado síntoma y las motivaciones psíquicas, más se dudará de su “realidad orgánica”, y el diagnóstico se inclinará hacia un origen “emotivo”²⁴. Inversamente, cuanto más patentes se muestren las alteraciones orgánicas de un síntoma, más se dudará de la influencia del llamado “factor psíquico”.

Inmerso en esta confusión, Freud crea el concepto de **solicitud somática**; a veces para designar una enfermedad orgánica que, al debilitar el órgano, presta la vía para la conversión²⁵. Otras veces habla de un proceso normal o patológico en el interior del órgano, que atrae el conflicto para sí. También afirma que la intensa estimulación del órgano puede ser la solicitud somática.

Esta última afirmación nos resulta más interesante si recordamos que el aumento en la erotización del órgano, causante de sensaciones somáticas (hipocondría), puede acabar en la alteración del mismo. Al fin y al cabo, las sensaciones que debilitadas son el afecto, exageradas por conversión o desestructuración, son el síntoma.

Formulado así podría pensarse que la diferencia entre la sensación-afecto y la sensación-síntoma, radica sólo en la magnitud; pero la diferencia principal es otra. Cuando el que observa (médico, psicoanalista o paciente) conceptualiza a la sensación como un afecto es porque **ha comprendido el significado**, mientras que, de no comprenderlo, será para él un síntoma corporal; un llanto sin tristeza es una epífora. (Volveremos sobre este punto más adelante).

²⁴ Recordemos que en el historial de Cécilie M., 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*” (Freud, 1895d, pág. 189).

²⁵ Resulta interesante observar que, frente a lo incompresible, siempre se recurre a los conceptos de azar y de debilidad constitucional. En este primer ensayo de explicación, Freud considera que el órgano debilitado se presta para representar, arbitrariamente, un conflicto cualquiera (1905e). Algo igualmente ingenuo ocurre en la otra orilla del río, cuando las teorías psicósomáticas (tan de moda desde hace un tiempo) consideran un déficit en la capacidad de simbolización como una “debilidad psíquica”; aquello que no logra ser “mentalizado” -explican estos autores- se descarga inexpresivamente en un síntoma psicósomático “arbitrario”.

Por eso creo que este problema de si en la histeria hay o no hay alteración somática, es más médico que psicoanalítico. Y no sólo por el hecho de que, para el psicoanalista, en la sesión, la interpretación de un síntoma corporal (observado o referido por el paciente) no varía según existan o no alteraciones materiales “reales” (que tampoco, desde su propio encuadre, puede objetivar). **Sino porque el concepto psicoanalítico de somático es diverso al de la medicina positivista.**

El psicoanálisis, según su segunda hipótesis fundamental (Freud, 1940a), considera *“somático a lo psíquico ‘genuino’ cuando la significación que lo integra en una serie psíquica continua permanece inconciente”* (Chiozza, 1989, pág. 36). Siguiendo a Chiozza en estas ideas, cuando comprendemos el significado inconciente de un síntoma corporal, la enfermedad somática “desaparece”²⁶ en la conciencia del observador, para dejar lugar al drama vital que se ocultaba y se expresaba en ella.

¿Qué ocurre si aplicamos nuestro concepto de somático a esta separación entre los síntomas corporales “orgánicos” y los “histéricos”? ¿Sería muy osado pensar que **cuanto más transparente es el significado oculto tras el síntoma corporal, tanto menos “somático” nos parece el síntoma?** Los mismos vómitos que en un interrogatorio rápido hacen pensar en una gastroenteritis, pueden hacer pensar en una histeria luego de conversar más prolongadamente con el paciente. Si a una indigestión la referimos a un determinado alimento es, para nosotros, “somática”, pero si la referimos a la presencia de un determinado comensal, será, entonces, “psíquica”.

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 afe-rentes que el psicoanálisis describe para la conciencia: percepción, recuerdo y sensación.

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 pasa-

²⁶ Esta afirmación merece aclaraciones y un ejemplo, ya referido, bastará. Al percibir la presencia de mucus y lágrimas en el rostro de otro puedo pensar (con razón o sin ella) que padece una enfermedad somática, un resfrío; cuando descubro que llora (conciente o inconcientemente), las lágrimas y el mucus siguen allí, presentes a la percepción (aunque su importancia, en mi atención, disminuye notablemente) pero la enfermedad somática en mi conciencia “desaparece”, cediendo su lugar a lo que ahora comprendo como un drama vital.

do 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.

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 conciente el instrumento que utilizamos para intentar aprehenderla.

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.

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 psicosomática 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)²⁷.

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 vértebro-basilar.

²⁷ Como veremos en el último apartado, esta manera de comprender, a través de las propias sensaciones, es lo que hace de la contratransferencia un instrumento privilegiado para descifrar el significado inconciente de los síntomas corporales.

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 'histérico' (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 orgánico²⁸. La particularidad del trastorno no se explica por las circunstancias vitales sino al revés, éstas últimas 'aprovechan' el trastorno para expresarse tal cual intentó explicarlo Freud, en un comienzo, 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.

En otras palabras, 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.

Histeria de Conversión y Enfermedad Somática... ¿son lo mismo?:

A esta altura, como corolario de lo que llevamos dicho, esta pregunta resulta inevitable; y su respuesta servirá de conclusión al trabajo. Dados nuestros antepasados médicos, partimos del prejuicio de considerar que existen, más allá de nuestra conciencia, dos tipos diferentes de síntomas corporales, los somáticos y los histéricos. Las mismas teorías que revisamos explicitan ocuparse de distintos asuntos, Freud de la histeria, y Chiozza de la enfermedad somática.

También nos resulta antipático mezclar nuestros más valiosos conceptos de fantasía específica o de lenguaje corporal o de simbolización, con un concepto como el de conversión; concepto que, un tanto malentendido, nos parece primitivo y de corte dualista. Tampoco nos gustaría que alguien pensara que los síntomas corporales que interpretamos siguiendo el concepto de fantasía específica son... simplemente "histeria". Aquí, volviendo un poco al materialismo positivista, nos parece que la histeria es... menos seria, o menos "real".

Pero dejando de lado estas cuestiones de prejuicios y malentendidos, y tratando de responder a la pregunta con argumentos fundamentados, sólo encontramos una respuesta, que exponremos a través de algunas afirmaciones:

²⁸ Es en ese sentido que una gran parte del consenso psicoanalítico actual considera las enfermedades 'psicosomáticas'.

1) La pregunta por la relación psique-soma, que durante tanto tiempo ha estorbado el intento de comprender psicoanalíticamente los síntomas corporales, no puede ser respondida en el marco de la epistemología dualista, ya que, la misma pregunta está considerando tres realidades ónticas y no dos. Lo psíquico, lo somático, y aquello que, ni psíquico ni somático, los relaciona.

2) Desde el campo de observación del psicoanálisis no encontramos ningún argumento que justifique una separación de los síntomas corporales en somáticos e histéricos. Tal separación sólo se justifica en la nosología médica, constituida en torno a una epistemología dualista.

Si desde el sistema teórico de Chiozza, y desde la epistemología que explícitamente lo sustenta, examinamos la teoría de Freud, eliminando las contradicciones y poniendo orden en su incesante ir y venir de una a otra epistemología, arribamos a la siguiente conclusión:

3) Podemos alcanzar una teoría unificada para la interpretación psicoanalítica del síntoma corporal. Esta teoría ha sido formulada por dos autores, Freud y Chiozza, cada uno en sus propios términos²⁹.

4) El síntoma corporal es, en todos los casos, el sustituto de un afecto reprimido. Como toda formación de compromiso, el síntoma corporal expresa y oculta (es decir, simboliza) al afecto desalojado de la conciencia (pérdida de la coherencia del afecto para Chiozza; *belle indifférence*, para Freud).

5) Interpretado el síntoma corporal, en lo que tiene de particular e individual, simboliza un episodio biográfico particular, vinculado con el afecto reprimido (resignificación secundaria del capítulo de una biografía, para Chiozza; conversión mnémica del suceso traumático, para Freud).

6) Interpretado el síntoma en lo que tiene de específico y universal, simboliza específicamente un episodio perteneciente al vivenciar universal, el acto motor justificado filogenético, que constituye en el presente, el afecto reprimido (fantasía inconciente específica, para Chiozza; conversión por simbolización, para Freud).

7) El síntoma corporal es, en tanto sensaciones o signos perceptivos, la exageración de uno de los elementos de la clave de inervación del afecto (desestructuración patosomática del afecto, para Chiozza; conversión del afecto retenido, para Freud).

8) Siguiendo la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, todo síntoma corporal es una fantasía inconciente específica que se presenta a la conciencia privada de su significación. La interpretación psicoanalítica, al restablecer el sentido reprimido, transforma el síntoma corporal en un drama vital (individual)

²⁹ Esta afirmación no busca restar originalidad a la teoría de Chiozza en favor de la de Freud, obviamente anterior en el tiempo; como lo aclaro en el texto, sólo el conocimiento de la teoría de Chiozza me ha permitido realizar la lectura que hago de la obra de Freud. El sentido estricto que mi afirmación persigue es el de mostrar que el psicoanálisis no interpreta los síntomas "histéricos" (Freud) de una manera y los "somáticos" (Chiozza) de otra.

centrado alrededor de un afecto (universal); en otras palabras, en lo genuinamente psíquico.

9) Desde este concepto de lo somático, surgido puramente del campo de observación del psicoanálisis, no se diferencian los síntomas corporales en más o menos somáticos, sino en más o menos comprensibles.

10) Cuando la comprensión del síntoma corporal alcanza su grado máximo, se restituye a la conciencia lo inconciente reprimido, integrándolo en una cadena significativa donde lo universal se comprende en el contexto de lo individual. En otras palabras, todo síntoma corporal es, una vez comprendido, un significado universal en el contexto de lo particular.

11) Cuando el síntoma corporal no se comprende en su sentido, aparece como algo que proviene desde el exterior; un “sin sentido”, lo somático. Cuando se puede comprender el síntoma en el contexto de una vida particular, aparece como representante de un recuerdo; lo psíquico. Cuando se comprende lo universal y específico, aparece como representante de un afecto. Una vez superada la incompreensión lo psíquico y lo somático, como en todo afecto, aparecen indisolublemente unidos.

La interpretación psicoanalítica del síntoma corporal en la tarea clínica:

A los fines de mostrar la utilidad clínica que puede brindarnos una teoría unificada acerca del síntoma corporal que prescinda de diagnósticos diferenciales que el psicoanalista, durante la sesión, no puede hacer, quisiera repetir aquí, de manera resumida, un ejemplo que presenté en otra oportunidad (Chiozza, G., 1995a).

Me parece, además, una oportunidad adecuada para mostrar cómo el psicoanálisis se ve enriquecido al observar los fenómenos con sus propios instrumentos de observación: la transferencia - contratransferencia; y, a la inversa, cómo se empobrece al restringir su campo de observación en favor de conceptos surgidos del positivismo científico que sustenta la medicina dualista; conceptos que, como prejuicios muy arraigados, todos llevamos dentro.

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 análisis³⁰.

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,

³⁰ 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.

entonces, como ejemplo a la TOS³¹, 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**. Puede suponer que la tos es la expresión de una bronquitis o laringitis, objetivable por signos físicos³². 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.

Como vemos esta primera interpretación no surge de la comprensión psicoanalítica del síntoma sino, más bien, de la *incomprensión*. Tal cual se desprende de la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis (Freud, 1940a), privado de su sentido, lo psíquico genuino es percibido como somático (Chiozza, 1991b [1989]).

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*.

³¹ 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 apartado 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).

³² 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 situación³³; 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 (incluso desalentadora) 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 vale de

³³ 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.

la sollicitación somática³⁴. 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”³⁵ 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 somática³⁶. 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” en la tos, 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. En términos teóricos diríamos que se trata del afecto reprimido. Ya no se trata del recuerdo reprimido de una escena en la que la tos desempeñaba un papel particular, sino de la irritación que, como afecto intolerable, otorga a la escena del recuerdo su valor traumático. En cuanto a los efectos terapéuticos de la interpretación, mientras que una permite el recordar, la otra permite el revivir - abreacción del afecto (Freud, 1895d) -.

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, integrado en una cadena de significación, 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. Es, a la vez, un capítulo de su bio-

³⁴ Véase, por ejemplo, esta misma interpretación en Freud, 1905e, pág. 73.

³⁵ 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).

³⁶ En este modo de interpretar el síntoma corporal, la alteración orgánica “objetivable” descarta el “diagnóstico” de *histeria de conversión*, cuando, como vimos, no es lo que pensaba Freud.

grafía en el cual la irritación se experimenta como intolerable; un pedazo de su vida que, en lugar de recordar, repite.

En este nivel de interpretación³⁷, 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 (1963a, 1971c, 1978c).

Algunas reflexiones finales:

Todo analista deberá recorrer el camino evolutivo que el analista del ejemplo recorre en la sesión³⁸; 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.

³⁷ 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, 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 (Chiozza, G., 1996a).

³⁸ 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).

BIBLIOGRAFÍA

BLEGER, José (1965)

Psicología de la conducta, Eudeba, Buenos Aires, 1965.

CHIOZZA, Gustavo (1993a)

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

CHIOZZA, Gustavo (1994a)

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

CHIOZZA, Gustavo (1994b)

“Reconsideraciones sobre la histeria de conversión” (sin publicar) Presentado en el CWCM, Buenos Aires, agosto de 1994.

CHIOZZA, Gustavo (1995a)

“Tres orígenes de la contratransferencia en la interpretación de los síntomas corporales”, Simposio 1995, 7^{mas} Jornadas del CWCM, Buenos Aires, 1995 y presentado en el Istituto di Ricerca Psicossomatica Psicoanalitica Arminda Aberastury, de Perugia, Italia, febrero de 1995.

CHIOZZA, Gustavo (1995d)

“El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica” (sin publicar) Presentado en el CWCM, Buenos Aires, junio de 1995.

CHIOZZA, Gustavo (1996a)

“De la sinopsis a la resignificación en el estudio patobiográfico”, Simposio 1996, 8^{vas} Jornadas del CWCM, Buenos Aires 1996 y en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 359-366.

CHIOZZA, Luis (1984a [1970])

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

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 CWCM, Buenos Aires, 1980.

CHIOZZA, Luis (1974a [1972])

“Conocimiento y acto en medicina psicosomática”, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Luis Chiozza, Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980, pág. 197-215.

CHIOZZA, Luis (1975b)

“La enfermedad de los afectos”, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Luis Chiozza, Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980, pág. 245-253.

CHIOZZA, Luis (1978c)

“El problema de la simbolización en la enfermedad somática”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1978, pág. 901-950; y en *Trama y figura del*

enfermar y del psicoanalizar, Luis Chiozza, Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980, pág. 293-321.

CHIOZZA, Luis (1986a)

¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo, Luis Chiozza, Ed. Alianza, Buenos Aires, 1986.

CHIOZZA, Luis (1991b [1989])

“Organsprache, una reconsideración actual del concepto freudiano”, en *Los afectos ocultos en...*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991 pág. 202-223; y en *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Chiozza L.- Green A., Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992 pág. 19-46.

CHIOZZA, Luis y colab. (1986a)

“Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas”, en *Lecturas de EIDÓN N°5*, CIMP, Buenos Aires, 1986.

CHIOZZA, Luis y colab. (1991b [1990])

“Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares”, en *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, pág. 158-201.

CHIOZZA, Luis y colab. (1991e [1990])

“Los significados inconcientes específicos de la enfermedad varicosa”, en *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, pág. 82-105.

CHIOZZA, Luis y Grus (1993a [1992])

“Psicoanálisis de los trastornos urinarios”, en *Los sentimientos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, pág. 77-125.

DAYEN y OBSTFELD (1993)

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

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA (1990)

Grupo Editorial Océano, Barcelona 1990.

FENICHEL, Otto (1944)

“Psicopatología de la tos”, en *Revista de Psicoanálisis*, Tomo I, APA, Buenos Aires, 1944.

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 (1895d)

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 (1905d)

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 (1910a)

“Cinco conferencias sobre psicoanálisis”, 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 (1915c)

“Pulsiones y destinos de pulsión”, en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1915d)

“La represión”, en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., 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.

FREUD, Sigmund (1937c)

“Análisis terminable e interminable”, en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1940a)

“Esquema del psicoanálisis”, en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

GRODDECK, Georg (1969)

“La Maladie, l’Art et le Symbole”, Ed. Gallimard, París, 1969.

GROSSMAN y GROSSMAN (1965)

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

LAPLANCHE y PONTALIS (1967)

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

OBSTFELD, Enrique (1978)

“La conversión: proceso imaginario”, *EIDÓN*, Año 5 N° 9, Bs. As. 1978.

PINTO, José María (1981)

“Acerca de lo ‘patosomático’ en la histeria”, *EIDÓN*, 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 CWCM, Buenos Aires 1994.

RACKER, Enrique (1959)

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

WEIZSAECKER, Victor von (1946)

Casos y problemas clínicos, Editorial Pubul, Barcelona.