

## LA HISTERIA DE CONVERSIÓN Y LO “GENUINAMENTE” SOMÁTICO<sup>1</sup>

“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.”  
Groddeck (1926).

En otra oportunidad (Chiozza, G., 1994b, 1995d y 1996d), estudiando los desarrollos de Freud sobre la histeria de conversión, llegué a la conclusión de que sus conceptos son equiparables a los utilizados por Chiozza en la comprensión psicoanalítica de la enfermedad somática. De ahí, surge una pregunta inevitable, cuyo examen retomaré aquí: ¿en qué se diferencian *enfermedad somática* e *histeria de conversión*?

Como sabemos, el psicoanálisis considera al enfermar como el intento fracasado de desalojar de la conciencia un contenido displacentero. Cuando la represión alcanza directamente al afecto<sup>2</sup>, el resultado es un síntoma corporal. Según la teoría de Chiozza (1975b), el afecto se *desestructura* en su clave de inervación y, al perder su coherencia, desaparece de la conciencia. Según la teoría de Freud (1910a [1909]), la *conversión histérica*, exagerando las vías de inervación del afecto, produce el síntoma corporal (Chiozza, G., 1993a); en la “*belle indiférence*” encontramos la desaparición del afecto.

Para ambas teorías **el síntoma corporal es un sustituto del afecto reprimido** (retenido, estrangulado, desestructurado). También ambas teorías establecen, a partir del *recuerdo* reprimido, un nexo significativo entre el síntoma y un suceso biográfico particular. Freud se refiere a esto diciendo que es un suceso traumático de naturaleza sexual; Chiozza, diciendo que la enfermedad es un capítulo de la biografía del enfermo. La teoría de Freud contempla este nexo en el concepto de *conversión mnémica*, mientras que la teoría de Chiozza se vale del concepto, equivalente, de *resignificación secundaria* (Chiozza, G., 1994b).

Por último, dado que el afecto, por sus inervaciones corporales, es equiparado con un ataque histérico universal y heredado (Freud, 1926d [1925]), ambas teorías establecen un nexo significativo entre el síntoma y el vivenciar universal. Este nexo se establece a

---

<sup>1</sup> En el presente trabajo retomo ideas presentadas hace algunos años, con la intención de generar una nueva oportunidad para su discusión. En el tiempo transcurrido desde su presentación original, mi convicción hacia estas ideas se ha fortalecido, y aquello que antes (quizá por parecerme demasiado osado) formulaba por medio de interrogantes, aparece aquí afirmado sin reservas y fundamentado con argumentos nuevos. Son justamente estos nuevos argumentos los que motivan este nuevo trabajo centrado, ahora, en el problema de lo somático en la histeria (quizá, el aspecto más espinoso de un tema, de por sí, complejo). Dado el carácter breve de esta presentación, he debido omitir desarrollos y citas textuales presentes en los trabajos anteriores (sobre todo en lo atinente a la equiparación entre conceptos de Freud y de Chiozza). A modo de compensación, he agregado numerosas notas aclaratorias y una síntesis final que, espero, faciliten la discusión del trabajo. El lector interesado en una fundamentación más pormenorizada de estas ideas podrá remitirse a cualquiera de mis trabajos anteriores (Chiozza, G., 1993a, 1994a, 1994b, 1995a, 1995d) y, en especial, a “*Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática*” (Chiozza, G., 1996d) que es, a la vez, el más reciente y el más completo.

<sup>2</sup> 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; en la neurosis, por ejemplo, lo que se ha desalojado de la conciencia es el nexo entre el afecto y la representación que lo hacía intolerable, por lo tanto, el afecto puede permanecer en la conciencia.

través de las *sensaciones* que produce el afecto a través de sus inervaciones corporales. Para Freud es el concepto de *conversión por simbolización*; para Chiozza, el de *fantasía inconciente específica* (Chiozza, G., 1994b).

Enunciamos ya, en las teorías de uno y otro autor, los datos que la conciencia recoge del síntoma corporal por los aferentes del *recuerdo* y la *sensación*. Si ahora queremos examinar cómo se presenta el síntoma corporal a la *percepción*, nos topamos con un problema. En el caso de la enfermedad somática la percepción estará dada, obviamente, por el trastorno orgánico, pero en la histeria de conversión... ¿hay alteración orgánica? La opinión más difundida, entre médicos y psicoanalistas, es que en el síntoma histérico no hay “verdaderas” alteraciones materiales; entonces, ¿qué es lo somático en la histeria?

Agreguemos que para establecer el diagnóstico diferencial, no siempre, se requiere del hallazgo de una alteración orgánica presente o de la “certeza” de su ausencia —si es que tal posibilidad existe—. Muchas veces, la suposición o la sospecha bastan para definir el diagnóstico; cuanto más patentes se muestren las alteraciones orgánicas de un síntoma, más se dudará de la influencia del llamado “factor psíquico”<sup>3</sup>. Inversamente, cuanto más evidente se rebele el nexo entre un determinado síntoma y las motivaciones anímicas, más se dudará de su “realidad orgánica”, y el diagnóstico se inclinará hacia un origen “emotivo”<sup>4</sup>. Vemos que, **para la medicina dualista, el diagnóstico diferencial toma dos variables: lo somático y lo psíquico; una inversamente proporcional a la otra.**

Por lo tanto —subrayémoslo— el problema que subyace a este interrogante es, fundamentalmente, epistemológico, y como tal, es un problema más médico que psicoanalítico. No sólo por el hecho de que para el psicoanalista, en la sesión, la interpretación de un síntoma corporal no varía según existan o no alteraciones materiales “reales” (que tampoco, desde su encuadre, puede objetivar), **sino porque el concepto psicoanalítico de somático es diverso al de la medicina positivista**<sup>5</sup>.

Como se desprende de la segunda hipótesis (Freud, 1940a [1938]), el psicoanálisis considera “*somático a lo psíquico «genuino» cuando la significación que lo integra en una serie psíquica continua permanece inconciente*” (Chiozza, 1991b [1989], pág. 326). Por lo tanto, cuando comprendemos el significado inconciente de un síntoma corporal,

---

<sup>3</sup> El margen que cada persona (médico o paciente) concede a la “influencia del factor psíquico” en las distintas enfermedades orgánicas es sumamente variable; además, para el consenso, este margen, crece día a día.

<sup>4</sup> Nótese que si bien la identificación de un mecanismo corporal alterado puede explicar, eficientemente, un síntoma como por ejemplo el dolor, no siempre basta para explicar otro tipo de cuestiones; por ejemplo, por qué hay momentos en que el dolor es más intenso y momentos en que ni siquiera se percibe. Son, justamente, estas cuestiones las que mejor se comprenden en términos de motivaciones anímicas inconcientes.

<sup>5</sup> Como sostengo en otro lugar (Chiozza, G. 1994b, 1995d y 1996d) si, antes de interpretar, necesitáramos confirmar o descartar la presencia de una alteración orgánica, el psicoanálisis perdería independencia como ciencia, ya que deberíamos esperar a que la medicina positivista, con sus métodos de exploración, nos dijera en cuáles síntomas ha encontrado alteraciones orgánicas y en cuáles, no. Esa información, además, podría variar en un futuro obligándonos, por ejemplo, a cambiar nuestras afirmaciones precedentes sobre un síntoma que habíamos considerado histérico cuando “hoy la ciencia sabe” que posee alteraciones orgánicas, recientemente demostradas.

la enfermedad somática “desaparece” en la conciencia del observador, para dejar lugar a un drama vital<sup>6</sup>.

Si aplicamos nuestro concepto de somático a esta dudosa separación que hace la medicina dualista entre síntomas corporales “orgánicos” e “históricos”, comprendemos por qué, **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, parecen una gastroenteritis, pueden parecer históricos luego de conversar más prolongadamente con el paciente. Si atribuimos una indigestión a un determinado alimento será, para nosotros, “somática”; pero si la atribuimos a la presencia de un determinado comensal, será, entonces, “psíquica”<sup>7</sup>.

La posición de Freud frente a los síntomas corporales de sus pacientes fue variando conforme progresaba su comprensión. Al comienzo, consideraba que si el síntoma era orgánico, no era histórico y viceversa: si era histórico, no podía ser, auténticamente orgánico<sup>8</sup>. Más tarde, cuando crea el concepto de *solicitud somática*, considera que **los síntomas corporales que aparecen en la histeria de conversión son “auténticamente” orgánicos**, ya que los contenidos “psíquicos” de la histeria **no pueden expresarse en el cuerpo** si no utilizan a los trastornos orgánicos de “otra” enfermedad, como vía de descarga<sup>9</sup>.

Subrayemos que, como se desprende de estas dos distintas posturas de Freud, ya sea que la histeria de conversión “simule” o “aproveche” al trastorno orgánico, **nada hay de**

---

<sup>6</sup> Al percibir, por ejemplo, la presencia de mucus y lágrimas en el rostro de otro puedo pensar (con razón o sin ella) que padece una enfermedad somática; por ejemplo, un resfrío. Cuando descubro que, conciente o “inconscientemente”, llora, 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 la expresión (conciente o inconciente) de un afecto.

<sup>7</sup> Cabe preguntarse qué hubiera sucedido con el concepto de histeria en la nosología médica, de no mediar este prejuicio según el cual si una cosa es psíquica, no es somática. Groddeck (1926), en la misma cita de donde extraigo el epígrafe, sostiene que *“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 (...) Mientras que la línea divisoria entre lo nervioso y lo psíquico se ha borrado imperceptiblemente, la que existe entre lo nervioso [psíquico] 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, 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”* (1926, citado por Grossman y Grossman, 1965, pág. 120).

<sup>8</sup> 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). También, al referirse al método hipnótico, afirma que *“se puede hipnotizar con fines de diagnóstico diferencial, por ejemplo si se duda que ciertos síntomas pertenezcan a la histeria o a una afección nerviosa orgánica”* (Freud, 1891d, pág. 139).

<sup>9</sup> *“Hasta donde yo alcanzo a verlo, todo síntoma histórico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta solicitud somática brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano. (...) 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. Tampoco respecto de los ataques de tos y de afonía de Dora nos restringiremos a la interpretación psicoanalítica, sino que pesquicaremos tras ella el factor orgánico del cual partió la «solicitud somática» para que pudiera expresarse la inclinación que ella sentía por un amado temporalmente ausente”* (Freud, 1905e [1901], pág. 37).

diferente en cómo se presenta un síntoma corporal histérico y uno “verdaderamente” orgánico<sup>10</sup>.

Sin embargo, cuando Freud, a partir del concepto de zona erógena<sup>11</sup>, empieza a considerar la posibilidad de que el conflicto psíquico pueda descargarse a través de **las sensaciones somáticas de la excitación sexual**<sup>12</sup>, el concepto de *solicitud somática* empieza a acercarse al de *conversión por simbolización*. La *solicitud somática* ya no alude a las alteraciones orgánicas de “otra” enfermedad, sino a las **inervaciones (indudablemente orgánicas) por las que se descarga la excitación sexual, como sensación somática**.

Esto se enfatiza aún más con el concepto de *conversión por simbolización*<sup>13</sup>: si tanto la histeria como el lenguaje extraen sus contenidos de una misma fuente<sup>14</sup>, y la fuente de la cual el lenguaje extrae sus contenidos es el afecto, **las inervaciones corporales que se transforman en los síntomas histéricos no son otras que las inervaciones corporales del afecto**. Las mismas que, como sostiene Chiozza, crean los síntomas corporales de la enfermedad orgánica.

Si aceptamos 1) que *conversión simbolizante* y *fantasía específica* son conceptos equivalentes que nacen de considerar a todo afecto como un ataque histérico universal y heredado; y 2) que *desestructuración patosomática del afecto* y *conversión histérica* son conceptos equivalentes que explican el nexo entre el afecto y el síntoma corporal, no podemos luego pensar en dos tipos distintos de síntomas corporales; unos histéricos y otros orgánicos. Sostener eso sería como afirmar que los afectos comprometidos en la histeria de conversión, serían distintos a los comprometidos en la enfermedad somática ya que no serían ataques histéricos universales, ni se descargarían a través de inervaciones auténticamente “orgánicas”.

Uno podría verse tentado a decir, entonces, que todo trastorno orgánico que simboliza una *fantasía inconciente específica* universal es, al mismo tiempo, una histeria de conversión, en tanto expresa por *conversión mnémica* un recuerdo traumático reprimido individual. Pero parece absurdo sostener que todo síntoma nace, al mismo tiempo, de

---

<sup>10</sup> Justamente por eso, ha fracasado todo intento de hacer una distinción nítida y convincente entre unos y otros síntomas.

<sup>11</sup> “La intensa activación de esta zona erógena a temprana edad es, por tanto, la condición para la posterior *solicitud somática de parte del tracto de mucosa que empieza en los labios*” (Freud, 1905e [1901], pág. 47).

<sup>12</sup> “Nadie podrá negar el carácter de factor orgánico que presenta la función sexual, en la cual yo veo el fundamento de la histeria” (Freud, 1905e [1901], pág. 99).

<sup>13</sup> “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” (Freud, 1895d, pág. 192-3).

<sup>14</sup> “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**. (...) **la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra**. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común” (Freud, 1895d, pág. 193). El subrayado no pertenece al original.

dos enfermedades distintas. Además, sería “quitarle” a la histeria el concepto de *conversión por simbolización* y a la enfermedad somática, el concepto de *resignificación secundaria*.

Más allá de que esto sería injusto con ambos autores<sup>15</sup>, no hay ningún motivo para pensar que cuando Freud se refiere a la *conversión por simbolización*, ha abandonado el supuesto terreno de los síntomas de la histeria de conversión para ingresar, inadvertidamente, en el supuesto terreno vecino de las alteraciones orgánicas de la enfermedad somática<sup>16</sup>. Así como el concepto de *resignificación secundaria* alude a una diferente lectura (o interpretación) del **mismo síntoma corporal** que expresa la *fantasía específica*, *conversión mnémica* y *conversión por simbolización*, son dos formas de comprender **un mismo síntoma corporal** (Chiozza, G., 1994a). Subrayémoslo una vez más: **no se trata de síntomas corporales distintos**, unos individuales, mnémicos, y otros universales, específicos<sup>17</sup>.

Si, en algunos casos, creemos percibir una diferencia entre **dos** distintos síntomas, uno que creemos “orgánico” y otro, que tenderíamos a considerar “histórico”, esta diferencia no radica en que uno sigue las inervaciones del cuerpo “real” y el otro acontece en el cuerpo “imaginario”. Tampoco se trata de que un cáncer vesicular “sucede” *en la vesícula* como enfermedad neoplásica digestiva (universal), mientras que una disquinesia biliar histérica “sucede” *en algún lugar del cerebro* como una enfermedad neurótica (individual)<sup>18</sup>. Son síntomas distintos porque expresan distintos afectos; con distintas claves de inervaciones orgánicas. En otras palabras, se trata de dos enfermedades orgánicas distintas<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup> Sobre todo con Freud ya que, si bien su concepto de *conversión mnémica* fue muy enriquecedor, su concepto de *conversión por simbolización* revolucionó, a mi entender, el concepto de histeria de conversión. Creo, también, que la significatividad de este concepto ha pasado desapercibido para la mayoría de los psicoanalistas que continúan creyendo que los síntomas corporales de la histeria de conversión no son tan “reales”, concretos u orgánicos, como los de una auténtica enfermedad orgánica.

<sup>16</sup> Tampoco resulta convincente pensar que cuando Chiozza (1970h [1968]) afirma que la enfermedad somática oculta (y expresa) en el cuerpo, un capítulo de la biografía del enfermo (*resignificación secundaria*) está abandonando el terreno de la enfermedad orgánica para ingresar, inadvertidamente, en el de la histeria de conversión; “otra” enfermedad distinta, que todo enfermo, “casualmente”, padece concomitantemente.

<sup>17</sup> Sostener esta separación es tan inconsistente como afirmar que los afectos (típicos y universales) que se expresan en la enfermedad somática no están ligados a ningún acontecimiento vital individual; y que los acontecimientos vitales que se expresan en los síntomas históricos no involucran afectos típicos y universales.

<sup>18</sup> En un comienzo esa era la suposición de Freud: “*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). Sin embargo, más tarde, su cambio de opinión es radical: “**Ahora se me dirá, lo sé, que es muy modesta ganancia la de que merced al psicoanálisis no debamos buscar más el enigma de la histeria en la «particular labilidad de las moléculas nerviosas» (...) 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. Cuando ese factor no se presenta, el estado total será diverso de un síntoma histérico**” (Freud, 1905e [1901], pág. 37/38).

<sup>19</sup> ¿Y por qué no decir, entonces, que se trata de dos histerias de conversión distintas? Sólo se opone a ello el arraigado prejuicio que despierta el término “histeria”, según el cual, esta es menos “real” que una enfermedad orgánica. No obstante, como afirmo en el trabajo, ese arraigado prejuicio no coincide con las últimas afirmaciones de Freud.

A partir de las ideas de Chiozza (1975b), solemos considerar que el rasgo distintivo de la forma patosomática del enfermar consiste en que el movimiento defensivo recae sobre el afecto mismo; el afecto desaparece de la conciencia y reaparece, a través de sus inervaciones, como el síntoma corporal de la enfermedad somática. La histeria de conversión parece cumplir, punto por punto, con todos estos requisitos. ¿Vale la pena, acaso, agregar un modo “histérico conversivo” del enfermar, cuando no sabríamos cómo diferenciarlo del modo patosomático? ¿Tiene sentido considerar que, sin que sepamos cuándo ni por qué, el modo patosomático del enfermar, da por resultado dos tipos de enfermedades distintas, la enfermedad orgánica y la histeria de conversión?

Una vez que, a partir de Chiozza, comprendemos que una enfermedad “auténticamente” orgánica, puede expresar el mismo tipo de contenidos psíquicos que Freud descubrió en los síntomas de la histeria —esto es, un recuerdo individual y un afecto universal—, ¿qué utilidad puede tener preguntarse si un determinado síntoma corporal (sea acidez, prurito, contractura muscular o hemorragia) es orgánico o histérico?<sup>20</sup>

Dados nuestros antepasados médicos, partimos del prejuicio de considerar que existen, más allá de nuestra conciencia, dos tipos diferentes de síntomas corporales, los “verdaderamente” orgánicos y los histéricos. Las mismas teorías que aquí comparamos, explicitan ocuparse de distintos asuntos; Freud de la histeria de conversión, y Chiozza de la enfermedad orgánica.

Pero lo cierto es que la histeria de conversión y la enfermedad orgánica, se han disputado el mismo terreno: los síntomas corporales. Las teorías habituales conceden la

---

<sup>20</sup> Supongamos que la joven A. tiene dolores abdominales por una apendicitis aguda (confirmada y tratada quirúrgicamente). A los pocos días su vecina, la joven B., luego de visitarla en el sanatorio, presenta un cuadro similar de dolores abdominales que, por su evolución, demuestran no ser una apendicitis aguda. ¿Diremos que mientras que la primera era una *apendicitis aguda vera*, la segunda era una *apendicitis histérica*; una simulación, un *contagio histérico*? Creo que aquí se desliza un malentendido; como diría Freud, “*esa pregunta, como tantas otras en cuya respuesta vemos empeñarse en vano a los investigadores, no es adecuada. El estado real de las cosas no está comprendido en la alternativa que ella plantea*” (Freud, 1905e [1901], pág. 37).

Ambas jóvenes padecen dolores abdominales que, como síntoma corporal, son, en ambos casos, una sensación actual. No siempre que un médico es consultado por dolores abdominales (por más vagos que estos pudieran ser) piensa que se trata de una “apendicitis histérica”; como sostengo en el trabajo, aquello que, en este ejemplo, nos induce a pensar en una *histeria* (como algo psíquico y no somático) es haber *comprendido* que los dolores abdominales de B. estaban *relacionados* con la apendicitis aguda de su vecina, A. Es, justamente, esta *interpretación del sentido del síntoma* la que lleva a pensar en la histeria como *simulación* del trastorno orgánico; si en cambio, nos preguntamos si los dolores abdominales, como sensación subjetiva, son “realmente” orgánicos o sólo histéricos, vemos que la pregunta carece de sentido. Esto no quita que los dolores que padece A. y los que padece B. pudieran ser diferentes. Mientras que a los primeros los suponemos “ocasionados” por una inflamación aguda del apéndice, para los dolores de B., aún no hemos hallado una “causa” (podría tratarse de una apendicitis subaguda, de la rotura de un folículo ovárico, de una simple indigestión o de cualquier otra causa eficiente, aún no determinada). Sin embargo, eso no implica que sean menos “reales” u “orgánicos” que, por ejemplo, una *hipertensión esencial* para la cual, la medicina, tampoco encuentra una causa eficiente. Sería más adecuado pensar, entonces, que ambas jóvenes padecen enfermedades somáticas distintas. Dado que ambas enfermedades comparten un mismo síntoma (o uno muy similar) podemos suponer que también los afectos representados por estas dos enfermedades, comparten aspectos similares.

Tanto si consideramos “orgánicos” a los dolores de B. y aplicamos la teoría de Chiozza, como si los consideramos “histéricos”, y aplicamos la teoría de Freud, diremos que **son la exageración de uno de los elementos de la clave de inervación de un determinado afecto que ha sido desalojado de la conciencia** (afecto que suponemos distinto al que, también patosomáticamente, reprime la joven A.). Como *fantasía específica universal* (o *conversión por simbolización*), esos dolores **son un símbolo del afecto reprimido y, como resignificación secundaria** (o *conversión mnémica*), **representan a un acontecimiento biográfico individual**, por ejemplo, la apendicitis aguda de su vecina, A.

victoria a la enfermedad somática, y dejan para la histeria el terreno del cuerpo “imaginario”<sup>21</sup>; pero —además de que esta distinción es inaceptable para el segundo principio fundamental del psicoanálisis—, como lo prueban los conceptos de *solicitud somática* y de *conversión por simbolización*, **no es esto lo que pensaba Freud.**

En mi opinión, resulta más claro pensar, entonces, que ***enfermedad somática e histeria de conversión* no son dos existentes diversos, dos enfermedades, sino dos modos distintos de nominar a un existente único: lo que la conciencia percibe como el síntoma corporal.**

#### En síntesis:

1. Contrariamente a la difundida creencia de que los síntomas histéricos son diversos a los orgánicos, la opinión de Freud (tal cual se desprende de los conceptos de *solicitud somática* y *conversión por simbolización*) es que los síntomas corporales de la histeria de conversión son alteraciones orgánicas indistinguibles de las alteraciones orgánicas de la enfermedad somática.
2. La separación entre síntomas histéricos y orgánicos constituye un prejuicio nacido de la nosología médica, constituida en torno a una epistemología dualista. Desde el campo de observación del psicoanálisis no encontramos ningún argumento que justifique tal separación.
3. El psicoanálisis dispone de una teoría unificada para la interpretación del síntoma corporal; esta teoría ha sido formulada por dos autores, cada uno en sus propios términos. Freud bajo el nombre de *histeria de conversión*; Chiozza, bajo el nombre de *enfermedad somática*<sup>22</sup>.
4. Para ambos autores, el síntoma corporal es el sustituto de un afecto reprimido; desalojado de la conciencia (pérdida de la coherencia del afecto, para Chiozza; “*belle indifférence*”, para Freud). Para ambos autores, el síntoma corporal es la exageración de uno de los elementos de la clave de inervación del afecto (*desestructuración patosomática*, para Chiozza; *conversión histérica*, para Freud).
5. Por lo tanto, el cuerpo afectado por el síntoma, es el mismo cuerpo en donde se experimentan, como sensaciones somáticas, los afectos a través de sus inervaciones corporales. Nada hay, entonces, que diferencie a los síntomas corporales histéricos de los orgánicos.
6. 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).

---

<sup>21</sup> Resulta llamativo que, en la actualidad, se hable tan poco, entre psicoanalistas, de histeria de conversión. ¿Han cambiado los pacientes o han cambiado los psicoanalistas? A mi entender, han cambiado las teorías. En pleno auge de la “psicosomática”, la idea de que las enfermedades orgánicas expresen conflictos psíquicos (al menos, algunas de ellas), goza, cada vez, de una aceptación más amplia. Por lo tanto, frente a un síntoma corporal cuyo nexos con un drama vital resulte medianamente comprensible, ya no es necesario dirimir si el síntoma corporal afecta el cuerpo “real” o se trata de una “simulación histérica” que toca al cuerpo “imaginario”. Directamente se lo considera una enfermedad psicósomática; es decir, orgánica, pero de causa psíquica.

<sup>22</sup> Esta afirmación no busca restar originalidad a la teoría de Chiozza, obviamente posterior a la de Freud; sólo el conocimiento de la teoría de Chiozza me ha permitido realizar esta lectura 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 “orgánicos” (Chiozza) de otra.

7. 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).
8. Desde el concepto de somático surgido del campo de observación del psicoanálisis (segunda hipótesis), no se diferencian los síntomas corporales en más o menos somáticos, sino en más o menos comprensibles.
9. Por lo tanto, *enfermedad somática* e *histeria de conversión* no son dos existentes diversos, dos enfermedades, sino dos modos distintos de nominar a un existente único: lo que la conciencia percibe como síntoma corporal; es decir, la expresión, en el cuerpo, de un drama vital particular centrado en un afecto universal.
10. Con lo anterior no estamos afirmando que un cáncer de esófago sea lo mismo que una disfagia "funcional" (un bolo histérico), sino que, para la teoría psicoanalítica, **ambos son síntomas corporales determinados por las vías de inervación del afecto al que (como *fantasía específica*) simbolizan y ambos expresan el acontecimiento vital en el cual ese afecto se reprimió. La única diferencia entre ellos estriba en que expresan distintos afectos, correspondientes a distintos dramas vitales.**

## BIBLIOGRAFÍA

- CHIOZZA, Gustavo, 1993a, "La conversión, ¿fenómeno o concepto?", Simposio 1993, 5tas Jornadas del CWCM, Buenos Aires 1993.
- CHIOZZA, Gustavo, 1994a, "Histeria de conversión y enfermedad somática: algunos interrogantes", Simposio 1994, 6tas 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, 7mas Jornadas del CWCM, Buenos Aires, 1995.
- CHIOZZA, Gustavo, 1995d, "El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica" (sin publicar) Presentado en el CWCM, Buenos Aires, junio de 1995.
- CHIOZZA, Gustavo, 1996d, "Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática", en *Cuerpo afecto y lenguaje*, (Tercera Edición), Luis Chiozza, (1998f [1976]), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CHIOZZA, Luis, 1970h [1968], "Los trastornos hepáticos como una función de la interioridad", en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Luis Chiozza (1998a [1970]) (Tercera Edición) Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CHIOZZA, Luis, 1975b, "La enfermedad de los afectos", en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, (Tercera Edición), Luis Chiozza (1998f [1976]), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CHIOZZA, Luis, 1991b [1989], "*Organsprache*, una reconsideración actual del concepto freudiano", en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, (Tercera Edición), Luis Chiozza (1998f [1976]), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- FREUD, Sigmund, 1888b, "Histeria", en *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1891d, "Hipnosis", en *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1895d, *Estudios sobre la histeria*, (en colaboración con Breuer), en *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1905e [1901], "Fragmento de análisis de un caso de histeria", en *Obras Completas*, Tomo VII, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1910a [1909], "Cinco conferencias sobre psicoanálisis", en *Obras Completas*, Tomo XI, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1926d [1925], "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras Completas*, Tomo XX, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1940a [1938], "Esquema del psicoanálisis", en *Obras Completas*, Tomo XXIII, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

GRODDECK, Georg, 1926, "*Traumarbeit und Arbeit des organischen Symptoms*" (La elaboración de los sueños y el funcionamiento de los síntomas orgánicos), en *Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1926, 12:504-512 (citado por Grossman y Grossman, 1965)

GROSSMAN y GROSSMAN, 1965, *El psicoanalista profano. Vida y obra de Georg Groddeck*, Ed. Fondo de cultura económica, México, 1974.