

LA HISTERIA DE CONVERSIÓN A LA LUZ DE LAS IDEAS DE CHIOZZA

Dr. Gustavo L. Chiozza

**Instituto de Docencia e Investigación
FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
– Noviembre 2004 –**

Introducción.

Hace ya más de once años presenté un trabajo (Chiozza, G., 1993a) en el que sostenía que el concepto freudiano de conversión era tan sólo un intento de subsanar el obstáculo epistemológico que representa el "misterioso salto de la mente al cuerpo"; un modo de decir: "en aras de la brevedad, es como si lo psíquico se hubiera convertido en somático". Por lo tanto, era erróneo o excesivo, afirmar que, para Freud, la conversión era un verdadero "mecanismo" por el cual algo psíquico "realmente" se convertía en somático. Dicho en otras palabras, sostenía que la conversión no era un mecanismo sino un concepto creado para dar cuenta de la relación que Freud había descubierto entre representaciones psíquicas inconcientes y síntomas corporales.

Este esclarecimiento generó nuevos interrogantes sobre el tema, los cuales, a su vez, motivaron otros trabajos tendientes a esclarecer qué se entiende por lo "somático" en la histeria de conversión y de allí, qué relación existe entre ella y la enfermedad somática (Chiozza, G., 1994a, 1994b, 1995a, 1995d).

Estos trabajos arrojaron una nueva y sorprendente conclusión: que la teoría desarrollada por Freud acerca de la histeria de conversión y la teoría desarrollada por Luis Chiozza acerca de la interpretación psicoanalítica de la enfermedad orgánica son, punto por punto, homologables. Veamos cómo, en un sucinto repaso:

1. 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 afecto¹, el resultado es un síntoma corporal. Según la teoría de Chiozza (1975b), el afecto se *desestructura* en su clave de inervación; de modo que la investidura sólo se descarga a través de unos pocos elementos de la clave de inervación; estas inervaciones, así exageradas, son ahora los síntomas corporales. El afecto, entonces, al perder su coherencia, desaparece de la conciencia o, dicho de otro modo, una vez deformado, la conciencia del enfermo no lo reconoce como tal sino como un síntoma.

Según la teoría de Freud (1910a [1909]), la *conversión histérica*, exagerando las vías de inervación del afecto "estrangulado", produce el síntoma corporal (Chiozza, G., 1993a); también en su teoría, el afecto "retenido" desaparece de la conciencia del enfermo, de allí la actitud de los pacientes

¹ Si bien el genuino motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso, como sabemos, no siempre el movimiento represivo recae sobre el afecto mismo. Volveremos sobre esto, con más detalle, al hablar de los distintos modos de enfermar.

descrita como "*belle indifferance*"². Para ambas teorías, entonces, el síntoma corporal es un sustituto del afecto reprimido; retenido o estrangulado, para Freud y desestructurado, para Chiozza.

2. 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 el nexo entre el síntoma y la biografía del enfermo, en el concepto de *conversión mnémica*, mientras que la teoría de Chiozza se vale del concepto, equivalente, de *resignificación secundaria* (Chiozza, G., 1994b).

3. 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 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)³.

De modo tal que, como ejemplifiqué en otra oportunidad (Chiozza, G., 1995d), la teoría de Chiozza sobre la enfermedad orgánica puede ser utilizada para interpretar los casos de histeria de conversión presentados por Freud, así como la teoría de Freud sobre la histeria de conversión puede ser utilizada para comprender los casos de pacientes con enfermedades orgánicas presentados por Chiozza. La conclusión, expresada en otras palabras, es que **el psicoanálisis posee una única manera de comprender el síntoma corporal**; y que esa comprensión ha sido formulada por dos autores, Freud y Chiozza, cada uno en sus propios términos teóricos⁴.

² «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). (El destacado no pertenece al original.)

³ Del concepto freudiano de *conversión por sollicitación somática* y de cómo este concepto puede vincularse con la teoría de Chiozza nos ocuparemos más adelante dado que una exposición detallada servirá a los fines del presente trabajo.

⁴ Transcribo aquí, una vez más, la nota aclaratoria que siempre acompañó a la precedente afirmación: "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" (Chiozza, G., 1995d, nota 10 página 17 y Chiozza, G., 1996d, nota 30, página 424).

Para completar el recorrido bibliográfico, agregaré que las conclusiones de todos estos trabajos fueron reunidas en 1996 en un trabajo mayor y más completo, y publicadas poco después (Chiozza, G., 1996d).

Volviendo a la cuestión que nos ocupa, se comprende que de aquella conclusión final, se deduce otra más sorprendente aún: que aquello que Freud había tenido por síntomas histéricos no eran otra cosa que síntomas orgánicos; que histeria de conversión y enfermedad somática son lo mismo o, si se quiere, dos maneras equivalentes de referirse a una misma cosa. Una conclusión que el novel psicoanalista que yo era, sólo se atrevió a insinuar.

Si bien, en el tiempo transcurrido, el extenso y fundamentado desarrollo teórico que sustenta tal conclusión no ha sido objetado —más bien diría que, al contrario, fue acogido calurosamente— esta última conclusión ha sido siempre difícil de aceptar. Por tal motivo, a comienzos de este año, he presentado un breve trabajo aportando nuevos desarrollos y argumentos a favor de aquella antigua conclusión (Chiozza, G., 2004a). Dado que la ocasión de esa última presentación no permitió la exhaustiva discusión que hubiera sido necesaria (ya sea para disipar las dudas del auditorio, o para debilitar mi convicción), mi intención hoy, es retomar el conjunto de mis desarrollos acerca de este tema y ofrecerlos nuevamente al diálogo.

Dado que, a mi entender, el desarrollo teórico anteriormente presentado no suscita mayores objeciones, lo he reseñado brevemente remitiendo al lector a los trabajos originales. Aquí me centraré, en cambio, sobre el tema que ofrece mayores dificultades. Para esto retomaré antiguos argumentos que aún merecen un más extenso diálogo; sumaré algunos argumentos nuevos, e intentaré dar al conjunto general un nuevo enfoque. También me ocuparé, una vez más, de intentar comprender en qué radican las dificultades para aceptar esta homologación entre histeria de conversión y enfermedad somática. Para favorecer un mejor entendimiento, la conclusión hacia la que me dirijo puede anticiparse ahora en forma de hipótesis:

- **A la luz de los desarrollos de Chiozza, en nuestra nosología actual, se hace innecesario considerar la existencia de un cuadro como el de la histeria de conversión, ya que todo lo que este cuadro comprende se halla incluido en su concepto de enfermedad orgánica.**

Sobre el conocimiento basado en la evidencia.

La principal dificultad para aceptar la identidad entre histeria de conversión y enfermedad somática nace en la dificultad para determinar si en la histeria de conversión hay o no, algo genuinamente somático. Aparentemente se trata de un problema sencillo, ya que sólo admite dos posibilidades:

- a) Si creemos que los síntomas histéricos constituyen verdaderas alteraciones orgánicas, entonces, sea lo que sea la histeria de conversión, estará incluida en el concepto de enfermedad somática.
- b) Si pensamos que no hay alteraciones orgánicas, aunque la histeria siga siendo un misterio, sabremos que no es una enfermedad orgánica.

Sin embargo, determinar si en los síntomas histéricos hay o no alteraciones orgánicas, no resulta ser tan sencillo como aparenta serlo. Como veremos luego, esta dificultad se anuda con un problema epistemológico, ya que, en última instancia, depende de qué se entiende por somático. Pero antes de meterme de lleno en este problema, quisiera dar un rodeo que creo que nos ayudará a delimitar mejor el tipo de problema con el que tratamos.

Se suele pensar que la manera más efectiva de zanjar las discusiones teóricas es recurriendo a la evidencia clínica. El papel que, como científicos, concedemos a la evidencia suele considerarse decisivo, en el sentido de que aquello que nos "muestra" la realidad es tenido como verdad última. Así, por ejemplo, pensamos que bastaría un solo caso de histeria de conversión sin alteraciones somáticas demostrables para hacer innecesaria toda esta discusión, dado que sería una prueba objetiva de que la identidad que postulo no se comprueba en todos los casos. Se comprende que el caso contrario, no implica la conclusión opuesta, dado que un solo caso de histeria de conversión en el cual se demuestren alteraciones somáticas no se considera "evidencia suficiente". Resultaría, en cambio, altamente sugestivo (aunque no concluyente) que la exploración de un número "suficiente" de casos avalara la tesis que postulo.

Entonces ¿por qué no empezar por allí? ¿Por qué no comenzar estudiando un caso de histeria de conversión y, si las evidencias resultan favorables, pasar a otro, luego otro, y otro más? Creo entender que algo de esta idea anima el espíritu de las principales objeciones que surgieron en las presentaciones de mis trabajos anteriores. Objeciones dirigidas más a las evidencias clínicas que a los argumentos teóricos sustentados; objeciones del tipo de "no me parece que sea lo mismo un embarazo real que un embarazo histérico"; "no es lo mismo una apendicitis histérica que una verdadera"; "no es lo mismo una disquinesia biliar histérica que un cáncer de vesícula"; "no es lo mismo una parálisis cerebral que una parálisis histérica en manguito", etc.

Sin embargo, si quisiéramos recurrir a la evidencia aportada por la clínica, nos veríamos frente a la dificultad de subsanar varios inconvenientes. El primero de ellos es que en los consultorios psicoanalíticos hace ya tiempo que no aparecen casos de histeria de conversión. Algo similar parece ocurrir, hasta donde tengo noticias, en el ámbito de la medicina.

Si bien no sería del todo desatinado pensar que la influencia cultural que ha tenido el surgimiento y desarrollo del psicoanálisis, pudo haber generado un cierto cambio cultural en la manera de enfermar, no cabe duda que esa influencia ha sido mucho mayor en los médicos que en los pacientes; por esta razón, los cuadros psicopatológicos actuales distan mucho de aquellos de los tiempos de Freud.

En función de estos cambios, muchos psicoanalistas han sentido la necesidad de revisar los casos publicados por Freud a la luz de los criterios diagnósticos actuales, sobretudo con los casos de histeria. Así por ejemplo, si revisáramos el caso de Anna O., llevado a cabo por Breuer en 1880, tenderíamos a pensar hoy, que su enfermedad era un trastorno más cercano a la psicosis que a la histeria de conversión. Difícilmente llamaríamos, como lo hace Freud (1893c [1888-93], pág. 201), "afasia histérica" al hecho de que Anna no pudiera hablar en alemán pero sí pudiera hacerlo en inglés. Determinar qué es poder y qué es querer, cuando se toman en consideración los deseos inconcientes, puede no ser tarea sencilla⁵.

Esto nos lleva a considerar un segundo inconveniente que nos sale al paso si pretendiéramos recurrir a la, supuestamente esclarecedora, evidencia clínica. Antes de poder elegir un caso clínico de histeria de conversión deberíamos estar de acuerdo en qué entendemos por histeria de conversión. Así por ejemplo, nosotros podríamos ver una resignificación secundaria de una fantasía específica allí donde otros psicoanalistas ven, por un lado, una conversión mnémica y por otro, una conversión simbolizante. Para nosotros sería entonces síntomas orgánicos y para ellos, en cambio, histéricos. La cuestión de la "verdadera naturaleza" de los síntomas del caso, debería entonces zanjarse mediante la exploración de los síntomas con métodos más propios de la medicina que del psicoanálisis. Si esto fuera la única solución, representaría para el psicoanálisis, como ciencia independiente, toda una limitación, ya que antes de interpretar a nuestros pacientes, deberíamos tener el diagnóstico médico para saber qué teoría aplicar.

Pero, aun si aceptáramos esta limitación y, además, lográramos encontrar un caso clínico de histeria de conversión, ¿qué sucedería si sometemos ese caso a la

⁵ En relación a esta perturbación escribe Breuer: "*Aquí por vez primera se volvió claro el mecanismo psíquico de la perturbación. Yo sabía que algo la había afrentado {mortificado} mucho y se había decidido a no decir nada*" (Breuer, en Freud, 1895d, pág. 50).

observación del médico? Como ya dijimos, si encontrara en él alteraciones orgánicas esto no sería suficiente para avalar la hipótesis que sustento ya que, diríamos, no se trataba entonces de una histeria de conversión sino de una enfermedad orgánica. Si en él, en cambio, se demostrara que no existen alteraciones somáticas, bastaría por sí solo, para refutar nuestra hipótesis.

Sin embargo, surge aquí un tercer inconveniente; ¿cómo se puede demostrar que algo como una alteración somática no existe? ¿Cuándo consideraríamos prudente decir que hemos terminado de buscar? ¿No encontrar es lo mismo que no haber? Efectivamente se puede afirmar que una persona no se encuentra en una habitación pequeña, pero no es tan sencillo decir que no está en la ciudad. ¿Se puede tener la certeza absoluta que en un pajar no hay una aguja?

Por fortuna, el conocimiento científico basado en la evidencia no es la única forma de conocimiento; y para algunos, ni siquiera es la mejor. Veamos este mismo tipo de problema en otras representaciones. Si sólo se basara en la evidencia, Pitágoras nunca podría afirmar que "*en todo triángulo rectángulo, la suma del cuadrado de los catetos es igual al cuadrado de la hipotenusa*"⁶. Si bien un solo triángulo rectángulo en el que esto no se cumpla, bastaría para refutar su teorema, mientras ese triángulo no aparezca, no podríamos estar seguros de que el teorema es cierto para *todo triángulo rectángulo*, ya que jamás podríamos explorar los infinitos triángulos rectángulos.

De hecho, según nos informa Simon Singh, autor de *El último teorema de Fermat* (1997), «*a pesar de que este teorema siempre será asociado con Pitágoras, ya era usado por los chinos y los babilonios mil años antes. Sin embargo, estas culturas no sabían que el teorema era verdadero para todo triángulo rectángulo. Era verdadero para los triángulos que ellos ensayaron, pero no tenían manera alguna de demostrar que también lo era para todos los triángulos rectángulos que no habían ensayado. La razón por la cual se le atribuye el teorema a Pitágoras es que fue él quien primero demostró su validez universal.*

»*Pero ¿cómo pudo Pitágoras saber que su teorema era verdadero para todo triángulo rectángulo? (...) La razón de su confianza está en el concepto de demostración matemática*» (Ibíd., 1997, pág. 53-4).

Singh sostiene que las demostraciones matemáticas son muy superiores a las demostraciones científicas. Me interesa detenerme en algunos de sus argumentos ya que, según creo, muchas de sus afirmaciones se aplican también a aquello que los psicoanalistas llamamos la comprensión del sentido.

⁶ Afirmación que, en símbolos matemáticos, se expresa de la siguiente forma: $x^2 + y^2 = z^2$.

Según este autor, «la idea de una demostración matemática clásica es comenzar con una serie de axiomas, es decir, afirmaciones que se pueden asumir como verdaderas o que por sí mismas lo son evidentemente. Entonces, argumentando lógicamente, paso por paso, es posible llegar a una conclusión. Si los axiomas son correctos y la lógica carece de fallas, entonces la conclusión será innegable. Esta conclusión es el teorema. (...)

»Para apreciar el valor de tales demostraciones debe comparárselas con su pariente pobre, la demostración científica. En las ciencias se propone una hipótesis para explicar un fenómeno físico. Si las observaciones del fenómeno corresponden a la hipótesis, se convierten en evidencia a su favor. (...) Finalmente la cantidad de evidencia puede llegar a ser abrumadora y la hipótesis es aceptada como teoría científica.

»Sin embargo, una teoría científica nunca puede ser demostrada de forma tan absoluta como un teorema matemático: simplemente se considera muy factible con base en la evidencia disponible. La llamada demostración científica depende de la observación y la percepción, las cuales son falibles y sólo suministran aproximaciones a la verdad. (...) Aun las 'demostraciones' científicas más ampliamente aceptadas dejan lugar a algo de duda. (...) Esta debilidad de la demostración científica conduce a las revoluciones de la ciencia. (...)

»La ciencia opera de la misma manera que el sistema judicial. Se asume que una teoría es verdadera si hay suficiente evidencia para demostrarla 'más allá de toda duda razonable'. (...) Las matemáticas no dependen de la evidencia tomada de la falible experimentación, sino que está construida a partir de una lógica infalible» (Singh, 1997, pág. 54-58).

Una esclarecedora ejemplificación de estas diferencias es el problema del tablero de ajedrez mutilado que reproduzco al final, en el apéndice 1 del trabajo.

Cabe aclarar que si bien, desde un punto de vista filosófico, podría cuestionarse la afirmación de Singh acerca del valor absoluto de la demostración matemática, creo que sus palabras persiguen la intención de sostener que la coherencia es, de alguna manera, un valor; una forma de verdad⁷. Al encadenar una serie de axiomas siguiendo razonamientos lógicos, de manera coherente, la conclusión

⁷ Pese a haber citado a Singh tan profusamente, no deseo asociarme con él en la contraposición que realiza entre ciencia y matemática (al menos de la manera en que alcanzo a entenderla). Mi intención es utilizar sus argumentos para contraponer el conocimiento basado en la evidencia (excesivamente valorado hoy, en medicina) con otras formas de conocimiento que me parecen tanto o más genuinas que esa. Tampoco creo que en la ciencia no se utilice ese tipo de razonamiento lógico que Singh describe para la demostración matemática. Por ejemplo, una vez que comprendemos la fisiología cardíaca, no necesitamos disecar infinitos cadáveres para afirmar con seguridad que "o todo corazón posee cuatro cavidades, o su poseedor está en serios problemas hemodinámicos".

tendrá validez "dentro" de ese sistema lógico. En otras palabras, Pitágoras hizo su demostración partiendo de conceptos tenidos por verdaderos (axiomas) de modo tal que su teorema es verdadero siempre que sean verdaderos los axiomas en los cuales se apoya su demostración. Por ejemplo, si es cierto que $1=1$, entonces es cierto que $x^2 + y^2 = z^2$. Si en un futuro se demostrara que $x^2 + y^2 \neq z^2$, entonces quedaría demostrado, al mismo tiempo, que $1 \neq 1$.⁽⁸⁾

A partir de estos esclarecimientos, comprendemos que vernos casi obligados (por los motivos expuestos) a renunciar a las evidencias clínicas no necesariamente nos coloca en una situación desventajosa. El hecho de que el psicoanalista, en la sesión, no pueda poner en práctica los métodos de la medicina para constatar la "verdadera naturaleza" de lo que el paciente refiere como síntoma corporal, no inhabilita otras formas de conocimiento genuino. Podemos aspirar a realizar una demostración análoga a lo que se conoce como demostración matemática. Podemos, siguiendo el ejemplo de Pitágoras, partir de ciertos axiomas propios de la teoría psicoanalítica y encadenar conclusiones de modo tal que, de no cometer fallas en el razonamiento, siempre que sean válidos los axiomas utilizados, serán también válidas las conclusiones que de ellos hemos sacado.

Y, lo que es más interesante aun, intentaremos demostrar que ciertas opiniones consensuales sobre la histeria de conversión entran en contradicción con algunos de nuestros más valiosos conceptos psicoanalíticos, de modo tal que si nos decidimos a aceptar uno de estos términos, deberemos, en bien de la coherencia, renunciar al otro.

⁸ Justamente Pitágoras basa su demostración partiendo de dos distintos métodos para determinar el área de un mismo cuadrado. Dado que el cuadrado es igual a sí mismo, de ser correctos ambos métodos, deberían arrojar el mismo resultado. De esto extraigo mi afirmación de que si $1=1$, entonces $x^2 + y^2 = z^2$; lo cual no implica afirmar, por mi parte, que $1=1$ sea el único axioma involucrado en la demostración del teorema.

La histeria de conversión y lo genuinamente somático.

El primer punto que se hace necesario esclarecer en el camino de intentar demostrar la hipótesis de este trabajo es ponernos de acuerdo en qué entendemos por histeria de conversión. No pretendo aburrir al lector con definiciones de diccionario (médico o psicoanalítico) sino pesquisar los profundos desacuerdos y desconciertos que han hecho de la histeria la *bête noire* de la medicina (Freud, 1888b). Dado que el acuerdo general sobre la histeria de conversión no va mucho más allá de afirmar que se trata de una enfermedad, estudiaremos por separado las opiniones de la medicina que fueron el punto de partida de Freud, las opiniones que Freud fue elaborando a través de sus escritos y, por último, qué podríamos pensar nosotros hoy, a la luz de las ideas de Chiozza.

a) Lo somático de la histeria de conversión para la medicina.

La medicina, como ciencia natural, concibe a las enfermedades como alteraciones orgánicas (anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, moleculares, etc.) que se manifiestan a través signos y síntomas. Clásicamente se considera que "signos" son aquellas alteraciones que el médico puede constatar (percibir) objetivamente y "síntomas" son las manifestaciones subjetivas que, como el dolor o las náuseas, sólo experimenta el enfermo⁹.

Mientras que las enfermedades pueden o no arrojar síntomas, se considera por definición que los signos, demostrables o no, están siempre presentes, dado que si la enfermedad es una alteración orgánica, la misma alteración, de constataarse, ya sería un signo. Esto no significa que, en la práctica cotidiana, la constatación de los signos sea siempre posible. Por ejemplo, si un paciente consulta por angina de pecho y sus coronarias están sanas, se supone que en el momento del cuadro anginoso existe un espasmo coronario que, **no por ser "funcional", deja de considerárselo orgánico**. Se supone que, de poder hacer una cinecoronariografía en el momento de la angina, el espasmo podría demostrarse y sería un signo de alteración orgánica.

Sin embargo, la medicina de los tiempos de Freud se encontró con una enfermedad, misteriosa y difícil de clasificar, en la que sucedía lo contrario; existían síntomas pero no, signos. Era la histeria de conversión. Como si los pacientes histéricos "simularan" los trastornos orgánicos. Una paciente histérica era capaz de simular un cuadro apendicular, obviamente sin que medie ninguna inflamación o infección del apéndice. En los tiempos de Freud, pese a

⁹ Aclaremos que el psicoanálisis no es tan riguroso en esta separación, de modo que, fuera de este apartado, al hablar de síntomas histéricos, del mismo modo que hace Freud, englobaremos en esta designación tanto signos como síntomas.

diferenciársela de las alteraciones orgánicas, se la consideraba de origen nervioso (aclararemos esta contradicción más adelante). Hoy en día, seguramente gracias a los aportes de Freud, la opinión predominante, en la medicina dualista, parece¹⁰ ubicar a la histeria de conversión del "lado" de las afecciones psíquicas y, en esa concepción dualista, si algo es psíquico entonces ya no puede ser somático, y viceversa. De modo que la constatación de una alteración orgánica en un cuadro clínico, equivale a excluir el diagnóstico de histeria de conversión.

Tal vez por esto sea más fructífero pasar a considerar qué pensaba Freud acerca de lo somático en la histeria de conversión; pero antes de hacerlo dejemos sentadas unas preguntas que quizás podamos responder más adelante. ¿Por qué los médicos, cuando no pueden encontrar signos para los síntomas del enfermo, algunas veces piensan que los signos están y otras que no están? ¿Qué tipo de signos buscan? ¿Por qué a veces se piensa que un vómito obedece al haber ingerido un alimento en mal estado o sencillamente, algo que al enfermo "le cayó mal" y, en cambio, otras veces se piensa que es un vómito histérico que no obedece a ninguna razón orgánica? ¿Por qué un desmayo a veces se atribuye a una hipotensión que no se comprueba y otras veces se asume que es un síntoma histérico?

b) Lo somático de la histeria de conversión para Freud.

En Freud encontramos, básicamente, tres distintas respuestas a este interrogante. Dado que lo que hace cambiar sus puntos de vista sobre el tema es justamente la evolución de sus teorías, su progresiva comprensión del tema, creo justificado hablar de tres distintos períodos, más allá de las fechas y las posibles superposiciones.

b.1.) En el primer período, el joven discípulo de Charcot y Bernheim, comparte el desconcierto de sus maestros. Un desconcierto en el cual, mientras se declama un origen nervioso de la histeria, se la busca diferenciar de lo "auténticamente" orgánico; un desconcierto donde el espíritu de la histeria como simulación perdura, aunque ya no referida a la voluntad consciente del enfermo. En efecto, quien simula es, por momentos, la naturaleza misma de la histeria y, por momentos, lo inconciente. Lo psíquico, comienza a abrirse paso, y las neurosis

¹⁰ No resulta fácil ser concluyente en cuanto a la opinión de la medicina actual sobre la histeria dado que no todos los médicos aceptan de igual manera las ideas de Freud, las cuales, además, varían según qué escrito se lea. Además, parecería ser que el tema ha perdido actualidad y es común que en los libros de neurología actuales la histeria de conversión ya no figure ni en el índice alfabético de materias.

van dejando de ser consideradas "nerviosas". Este período marca claramente la transición, en Freud, entre el neurólogo y el psicoanalista.

Veamos esta evolución. En 1888, en su artículo "Histeria", luego de aclarar que las antiguas ideas de posesión demoníaca y simulación habían sido dejadas de lado, Freud escribe:

«La histeria es una neurosis en el sentido más estricto del término; vale decir 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» (1888b, pág. 45).

Podríamos pensar que, al afirmar que se trata de una alteración fisiológica, queda implícito que se trata de algo orgánico; pero no es tan sencillo. En su artículo "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas", donde el mismo título niega nuestra anterior suposición, Freud explicita esta diferencia entre lo nervioso y lo orgánico:

«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. (...) ¿Cuál podría ser la naturaleza de la lesión en la parálisis histérica, que por sí sola domina la situación, con independencia de la localización, de la extensión de la lesión y de la anatomía del sistema nervioso?

*»Charcot nos ha enseñado que muy a menudo ella es una lesión cortical, pero puramente dinámica o funcional. (...) Estoy bien seguro de que muchos de los que leen las obras de Charcot creen que la lesión dinámica es una lesión de la que ya no se encuentra la huella en el cadáver, como un edema, una anemia, una hiperemia activa. Pero, aunque no persistan necesariamente tras la muerte, aunque sean leves y fugaces, **esas** [es decir, el edema, la anemia, etc.] **son genuinas lesiones orgánicas. Es necesario que las parálisis producidas por las lesiones de este orden compartan en un todo los caracteres de la parálisis orgánica. El edema, la anemia, no podrían producir la disociación y la intensidad de las parálisis histéricas. (...)***

»Si uno lee que "debe existir una lesión histérica" en tal o cual centro, el mismo cuya lesión orgánica produciría el síndrome orgánico correspondiente (...),

se ve llevado a creer que bajo la expresión "lesión dinámica" se esconde la idea de una lesión como el edema o la anemia, que, **en verdad**, son afecciones orgánicas pasajeras. Yo afirmo, **por el contrario**, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella» (1893c [1888-93], págs. 205-7)¹¹. En nuestras palabras: la lesión en la histeria no es, en verdad, una genuina lesión orgánica como el edema, la anemia o la hiperemia activa.

Abramos aquí un paréntesis en la cita. Una reflexión de Groddeck nos aclara el origen de esta contradicción entre algo nervioso pero no orgánico. Sostiene este autor 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 y lo orgánico fue cuidadosamente preservada» (1926, citado por Grossman y Grossman, 1965, pág. 120).

Veamos ahora, en la continuación de la misma cita de Freud que interrumpimos, cómo al mismo tiempo que se acentúa la separación entre lo nervioso y lo orgánico, se borra el límite entre lo nervioso y lo psíquico:

«Intentaré, por último, desarrollar cómo podría ser la lesión que es causa de las parálisis histéricas. (...) Tomaré la expresión "lesión funcional o dinámica" en su sentido propio de "alteración de función o de dinamismo", alteración de una propiedad funcional. Una alteración así sería, por ejemplo, una disminución de la excitabilidad o de una cualidad fisiológica que en el estado normal permanece constante o varía dentro de límites determinados. **Pero, se me dirá, no otra cosa es la alteración funcional; no es más que otro aspecto de la alteración orgánica.** (...)

»**Procuraré mostrar que puede existir una alteración funcional sin lesión orgánica concomitante, al menos sin lesión grosera palpable, aun mediando el análisis más delicado. En otros términos, daré un ejemplo apropiado de una alteración funcional primitiva; para ello no pido más que se me**

¹¹ Al tomar esta extensa cita, me he permitido quitar del medio frases y aún párrafos, en el intento de hacerla más sucinta indicando los sitios donde se omitió parte del texto. Estimo que el resultado final no afecta el sentido de la idea citada; el lector podrá juzgar por sí mismo recurriendo a la obra de Freud. Sólo los destacados en negrita no pertenecen al original. Adoptaré, en general, este mismo criterio para todas las citas de este trabajo.

permita pasar al terreno de la psicología, ineludible cuando uno se ocupa de la histeria.

»Afirmando, con Janet, que es la concepción trivial, popular, de los órganos y del cuerpo en general la que está en juego en las parálisis histéricas, así como en las anestias, etc. (...) **La lesión de la parálisis histérica será, entonces, una alteración de la concepción {representación}; de la idea de brazo, por ejemplo**» (Freud, 1893c [1888-93], págs. 207-8).

De este modo, aquello que empieza siendo fisiopatológicamente nervioso, como la excitabilidad neuronal o química cerebral, pasa a constituir el actual concepto de neurosis; es decir, algo psíquico separado de lo "auténticamente" orgánico. Es así que, en el historial de Cäcilie M. por ejemplo, Freud comienza «a dudar de la **autenticidad** de esa neuralgia» (Freud, 1895d, pág. 189) por el sólo hecho de que la supresión del síntoma por sugestión hipnótica tuvo éxito, allí donde fracasaron los tratamientos médicos. En otras palabras, si es psíquico, entonces no puede ser somático. De esta misma concepción parte otra de sus afirmaciones: «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).

En síntesis, vemos que en este período, la pregunta por lo somático de la histeria de conversión, queda sin resolver. En su lugar, aparece lo psíquico por toda respuesta. Si bien no se niega que lo psíquico "asiente" en lo somático, no se explica en qué punto la fisiología nerviosa pasa a ser "función" y "dinamismo"; cuál es el sustrato material para la "representación corporal" alterada por la conversión. En otras palabras, el misterio de lo somático de la histeria de conversión, se ha reemplazado por el misterio de la relación psique-soma.

b.2.) Este segundo período marca un cambio de rumbo en sentido opuesto al anterior, dado que, de lo psíquico, Freud inicia un retorno a lo somático. Es también un momento de transición entre aquel primer período y lo que consideraremos como tercer período. Aún se mantiene la concepción que separa psíquico de somático como dos cosas independientes, pero ahora la influencia mutua tiene un carácter decisivo. Veamos las palabras de Freud:

«¿Son los síntomas de la histeria de origen psíquico o somático? (...) Hasta donde yo alcanzo a verlo, 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 del cuerpo**, o relativo a ese órgano. Pero no se produce más que una sola vez -y está en el carácter del síntoma histérico la capacidad de repetirse- si no posee un significado psíquico, un sentido. El síntoma histérico no trae consigo este sentido, sino que le es prestado, es soldado con él, por así decir, y en cada

caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse. Es verdad que una serie de factores operan para hacer menos arbitrarias las relaciones entre los **pensamientos inconcientes** y los **procesos somáticos** que se les ofrecen como medio de expresión, así como para aproximarlas a unos pocos enlaces típicos. (...) 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. Y si en este caso hubiera de parecernos fruto de un habilidoso artificio el enlace entre expresión sintomática y contenido de los pensamientos inconcientes, nos vendrá bien enterarnos de que **la misma impresión puede obtenerse en cualquier otro caso, a raíz de cualquier otro ejemplo**.

»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 no sólo ha cedido algo de este modo, sino que se ha empequeñecido un poco. Ya no se trata del enigma íntegro, sino de una parte de él, en la cual está contenido el carácter particular de la histeria, que la diferencia de otras psiconeurosis. En todas las psiconeurosis los procesos psíquicos son durante un buen trecho los mismos, y sólo después entra en cuenta 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**, pese a lo cual es afín en cierta medida: tal vez una fobia o una idea obsesiva; en suma, un síntoma psíquico» (Freud, 1905e [1901], págs. 36-8).

En otras palabras, toda conversión o todo síntoma histérico se da, sí y solo sí, existe una enfermedad somática concomitante, ya que sin ella, según la opinión de Freud en este período, los procesos psíquicos no pueden expresarse en el cuerpo. Estas dos partes a las que hace mención Freud, si nos remitimos a sus conceptos, son la solicitud somática y la conversión mnémica.

Según Strachey, si bien el concepto de solicitud somática aparece mencionado por primera vez en esta fecha (1901), la idea subyacente de facilitación somática, ya se hallaba presente, años antes, en los *Estudios sobre histeria*. En el apéndice 2, reproduzco, a modo de ejemplo, algunas citas donde se aprecia

claramente este punto de vista de Freud; es decir, que los síntomas en la histeria de conversión son de naturaleza orgánica.

Pero aquí es muy importante que destaquemos una conclusión inevitable: si en la histeria de conversión, los contenidos psíquicos sólo se expresan corporalmente a través de alteraciones orgánicas, entonces **los síntomas histéricos no pueden ser distintos a los orgánicos por la sencilla razón de que son los mismos**. En otros términos, lo somático de la histeria de conversión y lo somático de la enfermedad orgánica coinciden ya que toda histeria de conversión "asienta" sobre una enfermedad orgánica.

Si nos atenemos a la opinión de Freud en este período, la única diferencia que podríamos reclamar entre histeria de conversión y enfermedad somática es que, mientras que algunos síntomas orgánicos no tienen sentido, otros sí, dado que, utilizados por la histeria, expresan contenidos psíquicos. O dicho en otras palabras, mientras algunos síntomas orgánicos se dan solos, otros se acompañan de una histeria de conversión (conversión mnémica). La diferencia entre unos y otros será entonces, sólo resorte del psicoanalista, no de la medicina con sus métodos de exploración del cuerpo, ya que, **en el cuerpo, nada hay de distinto entre un síntoma orgánico y uno histérico**.

Si, para avalar la hipótesis del trabajo, buscábamos un argumento para remover la diferencia entre síntoma orgánico e histérico, lo hemos encontrado. A partir de aquí podríamos recurrir a la teoría de Chiozza para afirmar que, más allá de Freud, todos los síntomas poseen un sentido propio; el sentido hallado por Freud, sería, entonces, la *resignificación secundaria* de ese sentido *específico* del síntoma. La identidad entre ambas enfermedades no estaría lejos de quedar demostrada.

Pero no nos apresuremos y continuemos el recorrido iniciado. Destaquemos que, si de algo no cabe duda, es de que Freud *cambia* su primera opinión sobre la excitabilidad nerviosa como sustrato somático de la histeria; en efecto, como vimos, el pensamiento de Freud es claro: lo somático de la histeria de conversión consiste en los genuinos síntomas *orgánicos* que permiten que lo psíquico se exprese en el cuerpo.

b.3.) Hasta ahora sólo nos hemos limitado a exponer las opiniones de Freud de manera literal (por no decir textual); si algún mérito nos cabe, este no va más allá del haber puesto cierto orden en las ideas principales; haberlas separado del conjunto heterogéneo de sus afirmaciones sobre lo somático de la histeria de conversión. En lo que sigue quizás se nos reproche cierta cuota de interpretación.

Dijimos que la sollicitación somática sin la cual la conversión no se produce era el síntoma orgánico. La tos y la afonía de Dora son ejemplos de síntomas "utilizados" por la histeria para expresar sus contenidos. Pero, como decíamos, con cierta dosis de interpretación, se puede llevar la opinión de Freud un poco más allá de esta concepción. Notemos que al iniciar su definición de sollicitación somática Freud habla de «*un proceso **normal** o patológico*»; ¿esto significa, entonces, que también un proceso normal puede prestarse para que la histeria exprese sus contenidos psíquicos?

Un ejemplo de sollicitación somática expuesto por Freud en el caso de Dora parece pertenecer a esta nueva categoría; «*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). Por "intensa activación" entendemos la excitación sexual¹² como afecto placentero; es decir, una serie de *sensaciones somáticas* por las que se descarga (y experimenta) el afecto.

La sollicitación somática ya no se restringe, entonces, a las alteraciones orgánicas de "otra" enfermedad, sino que abarca a las sensaciones somáticas del afecto. Esta interpretación me resulta más convincente, dado que de este modo toda la teoría sobre la histeria de conversión adquiere una coherencia mayor (amén de una mayor economía de principios). Veamos a qué me refiero:

- Freud sostiene que las *sensaciones somáticas* que provienen de la zona erógena, intensamente activada, son la *sollicitación somática* para el síntoma corporal.
- Sostiene, además, que la sollicitación somática «*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*». De modo que, si no hay sollicitación somática, **no puede haber conversión del afecto**.
- ¿En qué consiste la conversión del afecto? Según Freud, la conversión, exagerando las vías de inervación del afecto, produce el síntoma

¹² «*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).

corporal¹³. Estas vías de inervación, por las cuales el afecto se descarga, no son otra cosa que las *sensaciones somáticas* por medio de las cuales el afecto se experimenta.

Por lo tanto,

- aquello que, exagerando las inervaciones (sensaciones somáticas) del afecto, produce el síntoma corporal, puede ser definido indistintamente como conversión o como sollicitación somática.

En otras palabras, **la conversión y la sollicitación somática son dos conceptos para una misma cosa; dos distintas maneras de describir la idea de que el síntoma corporal es la exageración de las sensaciones somáticas del afecto.**

Si la coincidencia con lo planteado por Freud sobre la *conversión histérica* (Freud, 1910a [1909]) constituye un anclaje de peso para apoyar la interpretación que hago del concepto de *sollicitación somática*, un segundo anclaje no menos importante, es que la misma idea aparece formulada en el concepto de *conversión por simbolización*. En un extenso párrafo con el que concluye el historial de Elisabeth von R., Freud sostiene que los giros lingüísticos hallan su origen en las sensaciones somáticas que acompañan al afecto, y que son estas mismas sensaciones las que, exageradas y privadas de su nexa con el afecto, constituyen los síntomas corporales de la histeria (Freud, 1895d, pág. 193).

La misma idea retorna, ya fuera del ámbito de la histeria de conversión, en sus conceptos de "sesgo hipocondríaco" y "lenguaje de órgano" (Freud, 1915e, Chiozza 1991b [1989]).

¹³ De este tema me he ocupado en otras ocasiones (1994a, 1994b, 1995d y 1996d); dado que no quisiera parecer aquí, dogmático, quizás convenga transcribir la cita de Freud de donde extraigo estas conclusiones: «*Los destinos de estos 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. (...) experimentaban una trasposición a inusuales **inervaciones e inhibiciones corporales que se constituían como los síntomas corporales del caso.** Para este último proceso hemos acuñado el nombre de conversión histérica. 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". 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**» (Freud, 1910a [1909], pág. 15).*

Sintetizando, entonces, lo dicho en este apartado, y en respuesta a la pregunta original, podemos decir que para Freud, el pasaje de la neurología al psicoanálisis significó un cambio en su manera de concebir lo somático de la histeria. El joven neurólogo, como sus maestros, creía que en la histeria nada había de orgánico; que se trataba de alteraciones "funcionales" del tejido nervioso. La exploración psíquica de los síntomas corporales de sus pacientes, lo fuerza a un cambio de opinión, y la clara separación entre síntomas orgánicos e histéricos, de sus años con Charcot, comienza a desdibujarse cada vez más.

Como leímos, en palabras del propio Freud (1905e [1901], págs. 37-8), a él le resulta un cambio significativo que, gracias al psicoanálisis, hayamos dejado de buscar lo somático de la histeria en la "particular labilidad de las moléculas nerviosas" y lo hayamos encontrado en la sollicitación somática (sea como síntoma orgánico, sea como sensación somática del afecto).

Más claro es este cambio, si nos remitimos al concepto de conversión histérica como aparece en *Cinco conferencias...* o al concepto de conversión por simbolización; lo que comenzó siendo una «*alteración en la concepción {representación} de la idea brazo*», es trocado por la sensación corporal que acompaña (o constituye) al afecto; «*la inervación corporal (...) es lo que conocemos como "expresión de las emociones"* » (Freud, 1910a [1909], pág. 15).

c) Lo somático de la histeria de conversión a la luz de las ideas de Chiozza¹⁴.

Pasar de las ideas de Freud a las ideas de Chiozza marca una diferencia esencial respecto al tema que estamos tratando, ya que implica asumir explícitamente una posición determinada frente al problema de la relación mente-cuerpo. Como sabemos, para Chiozza, psíquico y somático son sólo dos maneras en que la

¹⁴ Al colocar por separado las ideas de Freud y las de Chiozza no quisiera generar la impresión de una contraposición entre ambos autores. Nada hay en la teoría de Chiozza que pueda considerarse un significativo desacuerdo con Freud o que tenga el carácter de una enmienda de las ideas del creador del psicoanálisis. Como afirma Chiozza, sus ideas constituyen, sobretudo, un desarrollo de las ideas de Freud, llevándolas, por ejemplo, a ámbitos como el de la enfermedad somática, de los cuales Freud no se ocupó. Podríamos decir, incluso, que sus ideas constituyen una suerte de continuación de lo iniciado por Freud acerca de la interpretación psicoanalítica de los síntomas corporales. Al mismo tiempo, y esto incide en el objetivo del presente trabajo, Chiozza prácticamente no se ocupó del tema de la histeria de conversión. Es por esta razón que este apartado no recibe el nombre de "lo somático de la histeria de conversión para Chiozza". Consideraremos, entonces, cómo *podría* enfocarse el tema que nos ocupa, a partir de las ideas de este autor.

conciencia organiza el conocimiento acerca de un existente único al que, en sí mismo (y más allá de esa conciencia), no se lo considera ni psíquico, ni somático. De modo tal que todas las enfermedades, en tanto afectan al hombre como unidad, pueden ser observadas como somáticas y como psíquicas.

Por lo tanto, aun prescindiendo de los desarrollos de Freud, esto resuelve la pregunta con que se inicia este apartado: **lo somático de la histeria de conversión no puede ser distinto a lo que nuestra conciencia denomina, en general, somático.** Sus síntomas son tan genuinamente somáticos como los de la enfermedad orgánica. "Subjetivamente", son las sensaciones corporales que, en condiciones normales, acompañan al afecto; "objetivamente", son un conjunto de inervaciones corporales que, otra vez en condiciones normales, constituyen la clave de inervación del afecto reprimido.

Desde las ideas de este autor, entonces, no podemos acordar ni con el pensamiento concensual en medicina sobre la histeria, ni con las ideas de lo que dimos en llamar "el primer período" de Freud; ni podemos sostener que en la histeria de conversión no haya alteraciones orgánicas verdaderas, ni que sólo esté alterado el cuerpo imaginario, ni que la histeria sea sólo psíquica.

Tampoco podemos acordar con las afirmaciones que hiciera Freud al introducir el concepto de solitación somática (lo que dimos en llamar "segundo período"), ya que no podemos decir que mientras algunos síntomas orgánicos expresan un sentido, otros no lo hacen.

A diferencia de lo que sucede con la medicina dualista, en la teoría de Chiozza, el problema no radica en la naturaleza de los síntomas histéricos, sino en la misma histeria de conversión. Resuelto entonces, el tema de lo somático, pasemos a ocuparnos de cómo integrar a la histeria de conversión en la teoría de Chiozza. Sin embargo, no perdamos de vista que hemos arribado a una importante conclusión: a la luz de las ideas de Chiozza (y por qué no, también de Freud) sólo podemos pensar **que los síntomas histéricos son tan genuinamente orgánicos como los de la enfermedad somática.**

La histeria de conversión y los distintos modos de enfermar.

De lo dicho en el apartado anterior acerca del modelo epistemológico propuesto por Chiozza, se comprende que así como no podemos aceptar que haya síntomas *sólo* somáticos, tampoco podemos decir que una fobia o un delirio sean síntomas *sólo* psíquicos, sin manifestaciones corporales. Antes de preguntarnos qué lugar ocupa la histeria de conversión en esta teoría unicista, cabe preguntarse, primero, cómo se refleja en esta teoría, aquello que la medicina dualista distingue como enfermedades físicas y enfermedades psíquicas.

En la teoría de Chiozza, solemos considerar, según las vicisitudes del proceso defensivo y su resultado, tres distintas formas del enfermar: psicosis, neurosis y enfermedad somática. El distingo entre las primeras dos, proviene de las ideas de Freud (1924b [1923] y 1924e) y afirma que mientras que en la psicosis, para evitar un afecto displacentero, se altera el juicio de realidad, en la neurosis se altera la unión entre ese afecto y la representación al que este estaba unido originalmente. Se trata de una separación grosera, que ni al mismo Freud satisfacía del todo¹⁵. En efecto, se comprende que en una fobia como la de Juanito, por ejemplo, donde se atribuyen a los caballos, los afectos nacidos en el vínculo con el padre, debe existir seguramente, algún género de alteración del juicio de realidad.

Pero lo que nos interesa destacar aquí, es que en ambos casos, los afectos mantienen su coherencia y son reconocidos como tales. De modo tal que, la "parte somática" de estas enfermedades está dada por las sensaciones corporales que constituyen al afecto. Como reza la frase de Stricker que Freud solía citar, «*Si yo en el sueño siento miedo de unos ladrones, los ladrones son por cierto imaginarios, pero el miedo es real*» (Freud, 1900a, [1899], pág. 458).

Justamente, como a estas sensaciones corporales se las reconoce como las sensaciones propias del afecto, el enfermo no las considera un síntoma corporal. Es por esto que, habitualmente se considera *psíquicas* a estas enfermedades.

Como vimos, distinto es el caso de la enfermedad somática. En ella, el afecto se desestructura en su clave de inervación, y la investidura se descarga por uno de los elementos de la clave; esta descarga ya no se registra como afecto sino como una sensación somática aislada y exagerada (recordemos que recibe el total de la investidura de la clave), a la cual se la llama síntoma corporal.

¹⁵ «... el tajante distingo entre neurosis y psicosis debe amenguarse, pues tampoco en la neurosis faltan intentos de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo» (Freud, 1924e, pág. 196).

La línea divisoria entre lo que otros llaman enfermedades psíquicas y somáticas, está dado aquí por si el afecto mantiene su coherencia y se descarga como tal, o si se descompone y se descarga como síntoma corporal.

Llama la atención que al considerar estas tres distintas formas del enfermar, se omita toda especificación sobre la historia de conversión. Podríamos decir que se halla incluida dentro de las neurosis, pero recordemos que nuestra "clasificación" se basa en las vicisitudes del proceso defensivo y Freud sostiene que en la historia de conversión el proceso defensivo es diverso al de las otras neurosis (Freud, 1905e [1901], pág. 38 y 1915d, pág. 150); en la historia, el afecto se *convierte* en síntoma corporal y desaparece de la conciencia del enfermo. Si tenemos en cuenta esto, pretender ubicar a la historia junto a las formas "psíquicas" (neurótica o psicótica) del enfermar no abonaría a la coherencia de nuestra teoría.

¿Qué lugar ocupa, entonces, la historia de conversión en nuestra teoría? Si estamos de acuerdo con el razonamiento expuesto, entonces sólo veo dos posibilidades: 1) crear un nuevo grupo, la forma histérico conversiva del enfermar, o 2) incluirla dentro del grupo de la enfermedad somática.

Sólo se justificaría crear un nuevo grupo si en la historia de conversión las vicisitudes del proceso defensivo o el resultado de este proceso fueran diversos a los de la enfermedad somática; pero como dijimos, lo que Freud llama *conversión del afecto* no se diferencia de lo que Chiozza llama *desestructuración del afecto*. Tampoco encontramos diferencias en el resultado de este proceso defensivo, ya que, en ambas teorías, las vías de inervación del afecto exageradas, como sensaciones somáticas inusuales, constituyen el síntoma corporal.

Parecería ser más coherente, entonces, optar por la segunda posibilidad. Si aceptamos esto, estaremos aceptando que **la historia de conversión es una enfermedad somática**. Eso significa que, en nuestra teoría, la historia de conversión puede ser comprendida como la desestructuración patosomática de un afecto cuyos síntomas expresan una fantasía inconciente específica universal, resignificada, secundariamente, en las vicisitudes particulares de la biografía del enfermo. Cosa que, como dijimos, ya ensayamos con éxito en otra oportunidad (Chiozza, G., 1995d).

La histeria como *una* enfermedad orgánica.

Como dijimos, al incluir a la histeria de conversión, dentro de la forma patosomática del enfermar, una parte importante de la hipótesis de este trabajo queda aceptada; pero no toda. Podríamos decir que si bien *toda* histeria de conversión es *una* enfermedad somática, *no toda* enfermedad somática es una histeria de conversión. En otras palabras, podríamos decir que la histeria de conversión es una forma particular de enfermedad somática, como lo son el cáncer, la inflamación, la esclerosis o la isquemia tisular.

Esto equivale a afirmar que los síntomas orgánicos histéricos son distintos a los síntomas orgánicos *no histéricos*. Diríamos que una parálisis orgánica anatómica es distinta a una parálisis orgánica histérica; esta última es un proceso somático distinto que sucede, por ejemplo, en otro lugar del cuerpo. Omitiendo aquella dudosa separación entre lo nervioso y lo orgánico, estaríamos volviendo atrás, a las clásicas concepciones de los tiempos de Charcot, lo cual no tiene, de por sí, nada de malo.

Sin embargo, asumir esta postura tiene algunos inconvenientes. El primero de ellos es que una explicación de este tipo parece muy difícil de aplicarse a las histerias vegetativas. Mientras que con los órganos de la vida de relación podemos ampararnos en la inabarcable complejidad del sistema nervioso, parece poco convincente suponer que, mientras un cólico biliar es una alteración que sucede, por ejemplo, en el colédoco, un cólico biliar histérico sucede en algún misterioso lugar del cerebro.

Es cierto que, tal como conjeturó Freud en lo que llamamos el primer período (vease pág. 12-13), podríamos suponer que en la histeria sólo están involucradas las representaciones mentales del colédoco; pero esto ya es una explicación psíquica que, como suposición, poco responde por las diferencias somáticas entre unos síntomas y otros. Suponer, además, que esas representaciones mentales están en algún lugar del cerebro constituye, de por sí, toda una hipótesis a demostrar.

¿Existirían una serie de afectos histéricos junto a otros que no los son? ¿O sería mejor pensar que para cada afecto existe una "variante" histérica, muy similar? ¿Qué diferencias pensamos encontrar entre el afecto, cuya desestructuración genera el cólico biliar y aquel otro, cuya conversión, genera el cólico biliar histérico? Las sensaciones somáticas de este último afecto, ¿dónde se experimentan?, ¿en el cerebro? Y sus vías de inervación ¿hacia dónde se dirigen?, ¿hacia el cerebro también?

Si pensáramos que todo lo mental está en el cerebro, entonces también deberíamos ubicar en el cerebro a las sensaciones somáticas del afecto que

genera el cólico biliar *no histérico*. No me parece que este sea el camino para la solución.

¿O acaso deberíamos pensar que, como en el cáncer o la esclerosis, debemos suponer un único afecto para la inmensa variedad de síntomas histéricos? Parece demasiado complejo y no alcanzo a imaginarme cuál podría ser ese extraño afecto. En un cáncer renal, junto a las fantasías renales, consideraremos una profunda regresión narcisista con fantasías incestuosas endogámicas; en una esclerosis renal, interpretamos un sentimiento de disconformidad vinculado al duelo, pero en los síntomas renales de una histeria de conversión, aparte de las fantasías renales, ¿qué esperaríamos encontrar?

Concebimos al cáncer renal como una patología de las células del riñón, y a la esclerosis renal como una patología del tejido conectivo del riñón; pero si quisiéramos postular una histeria de conversión renal, ¿qué parte del riñón, sería la zona erógena en cuestión? ¿Acaso la inervación renal? Pero a la inervación renal ya la suponemos responsable de las sensaciones somáticas de los afectos cuya desestructuración suponemos en la enfermedad orgánica renal *no histérica*. De no encontrar esa zona erógena no encontraremos tampoco el supuesto afecto que dé cuenta de la totalidad de los síntomas histéricos.

Quizás debería darme por satisfecho si el lector que no está dispuesto a aceptar una identidad entre histeria de conversión y enfermedad somática, sí estuviera dispuesto a aceptar una identidad semejante entre histeria de conversión y enfermedad somática *funcional*. Se trataría, de todos modos, de un gran aporte, dado que hasta ahora la medicina describe una inmensa cantidad de enfermedades funcionales a las que considera orgánicas y no ha descubierto para ellas una clara relación con lo psíquico. Exploremos, pues, esa hipótesis.

La histeria como una enfermedad orgánica *funcional*.

Como dijimos, esta hipótesis parece resultar mucho más simple de aceptar, que la que propusimos al iniciar este trabajo. Ahora cabe preguntarse hasta qué punto la facilidad con que se la podría aceptar no nace en los mismos prejuicios que, con tanto esfuerzo, intentamos desterrar: la idea de que la histeria es "menos real", "menos somática", "menos orgánica".

La primera dificultad con la que tropieza esta hipótesis es que la separación entre funcional y anatómico por momentos se hace tan ambigua como los primeros intentos de Freud por diferenciar los síntomas orgánicos de los histéricos.

¿Una angina de pecho es un trastorno funcional o anatómico? Seguramente consideraremos funcional a aquel espasmo coronario que supusimos páginas

atrás. Sería, entonces, un espasmo coronario histérico. Si ese síntoma histérico luego generara un infarto agudo de miocardio, se trataría entonces de una histeria de conversión que evoluciona hacia una cardiopatía isquémica. Pero este pasaje no parece tan sencillo. ¿Un espasmo funcional genera una isquemia funcional o una isquemia anatómica? Si pensamos que la isquemia también es funcional y que sólo el infarto es anatómico, deberíamos averiguar si ha habido o no lesión del miocardio para saber si interpretar al paciente el supuesto afecto de la histeria o, directamente, la ignominia. Nos veríamos dependiendo del cardiólogo.

Si bien, no es imposible que una enfermedad desencadene a otra, nos veríamos en la dificultad de relacionar el afecto cuya conversión explica el espasmo coronario histérico (o la isquemia histérica) con la ignominia que explica el infarto. Por otro lado, si más tarde comprobáramos que el espasmo coronario asienta en una placa ateromatosa de la arteria, ¿seguiría siendo un trastorno funcional histérico o sería ahora, anatómico?; ¿sería, entonces, histeria de conversión o cardiopatía isquémica? ¿O ambas enfermedades asociadas?

Recordemos que no es así como considerarían este ejemplo los autores del trabajo sobre las cardiopatías isquémicas (Chiozza y colaboradores, 1983b [1982]). Si bien describen un gradiente entre la angina de pecho y el infarto, según los autores, se trata en ambos casos, de un mismo afecto, la ignominia. Algo similar sucede, por ejemplo, con la serie establecida entre la cefalea y el accidente cerebro-vascular (Chiozza y colaboradores, 1991b [1990]). Por otra parte, los autores no indican que sus hallazgos deban restringirse a los casos en los que haya alteraciones anatómicas comprobadas, dejando fuera de esa interpretación a las alteraciones funcionales que nosotros ahora, siguiendo nuestra hipótesis, consideramos como pertenecientes a otra enfermedad (la histeria) y a otro afecto. Al parecer, estaríamos cerca de vulnerar la idea de especificidad.

Además, si bien cabe suponer que puedan existir trastornos funcionales sin lesiones anatómicas, lo contrario es muy dudoso. Un paciente con un cáncer que comprime su corteza cerebral a veces tiene convulsiones y a veces, no. Solemos explicar un dolor de muelas por la existencia material de una caries dental; sin embargo, mientras la existencia material de la caries es constante en el tiempo, el dolor suele ser muy variable. ¿De qué depende esa variación? El médico la adjudicará a cambios funcionales; me resulta más convincente la opinión del psicoanalista que las adjudica a las vicisitudes del mismo afecto que genera el síntoma.

Me pregunto si con la idea de "trastorno funcional" no estamos volviendo a la idea de "utilización neurótica" del síntoma orgánico, que reintroduce la primitiva separación entre síntomas orgánicos e histéricos. ¿Nos imaginamos, acaso, lo

funcional como la parte mnémica, la resignificación secundaria, el aspecto individual? Recordemos que la separación entre fantasía específica y resignificación secundaria (como así también entre conversión mnémica y por simbolización) es sólo conceptual; lo universal y lo individual son dos modos de considerar al mismo afecto, y no dos afectos o dos cosas distintas o separables. Además, recordemos que si aceptamos que la histeria es, al menos, una forma de enfermedad somática, a ella también le cabe un afecto particular, una fantasía específica y una resignificación secundaria.

Una última objeción para esta hipótesis de lo funcional, es que en los casos de histeria de conversión estudiados por Freud, como ya señalamos, los síntomas no eran meramente funcionales. Pero, ¿es esto una objeción? Quizás convendría ver un poco más de cerca los casos estudiados por Freud.

La histeria de conversión en los casos clínicos de Freud.

Antes de revisar los casos de histeria que estudiara Freud, quisiera todavía expresar otro argumento en contra de las suposiciones que expusimos en los dos apartados anteriores.

La mayor objeción que encuentro para aceptar aquellas suposiciones es el hecho de que Freud, que estudió la histeria de más cerca que nosotros, las descartara explícitamente; no tanto por temor a entrar en contradicción con Freud (lo cual, tratándose de un pensador tan profundo, no es poco), sino sobretudo porque me resultan convincentes los argumentos con los cuales Freud descarta la lesión funcional en la histeria (1905e [1901], pág. 38). No es necesario que los reproduzca aquí, dado que los he citado unas páginas atrás. Como vimos, Freud recorre los mismos argumentos que nosotros; la diferencia entre orgánico e histérico y la histeria como un trastorno funcional. Finalmente, se convence de que **no debemos buscar la alteración en la histeria en trastornos nerviosos funcionales** sino en la sollicitación somática; en otras palabras, que los síntomas histéricos *son* los síntomas orgánicos de las enfermedades somáticas. A partir de esa convicción, sostuvo también que, gracias a esta concepción surgida del psicoanálisis, el enigma de la histeria se empequeñecía (Freud, 1905e [1901] pág. 37-8).

Pero también es cierto que si deseamos llevar esta discusión hasta el final, la figura de Freud no debería amedrentarnos. Exploremos también, a ver qué pasa, la hipótesis de que Freud estuviera equivocado. Obviamente no me refiero a poner en duda la coherencia de sus observaciones, deducciones y conceptos; no me refiero a discutir, por ejemplo, sus conceptos de represión o inconciente, ni si quiera sus afirmaciones sobre la histeria de conversión. Pero quizás el lector se

sienta tentado de pensar, ¿y si Freud se hubiera equivocado en el diagnóstico? Si sus casos no eran, en realidad, casos de histeria, y como sostiene este trabajo, los síntomas eran "en realidad" orgánicos, entonces sus conceptos no deberían atribuirse a la histeria sino a la enfermedad somática.

Para examinar esta supuesta objeción creo conveniente dividirla en dos partes; a) un error diagnóstico parcial, que implica decir que "eran casos de histeria pero no sólo de histeria", y b) un error total, que implica decir "no eran casos de histeria".

a) Dado que no puede afirmarse, desde ningún punto de vista, que las pacientes estudiadas por Freud tuvieran síntomas histéricos *junto* a síntomas orgánicos, la única posibilidad es volver a las opiniones de Freud que situamos en el "segundo período". Podríamos pensar que las pacientes tenían síntomas orgánicos de una enfermedad somática que fueron utilizados por la histeria para expresar las vicisitudes vitales que las enfermas reprimían.

Si así fuera, podríamos decir que los conceptos freudianos centrales, acerca de la histeria son la *conversión mnémica* (que alude a las vivencias reprimidas) y la *solicitud somática* (el síntoma orgánico que se presta para expresar los contenidos psíquicos). Podríamos pensar que la capacidad interpretativa de Freud, lo llevó también, a comprender el sentido inconciente del trastorno orgánico que brindaba la solicitud somática para la histeria; es decir, la *fantasía inconciente específica* del trastorno. Confundido, pudo haber creído que eso era parte de la histeria y lo llamó *conversión por simbolización*. En otras palabras, Freud pudo haber traspasado el terreno de la histeria para ingresar, inadvertidamente, en el de la enfermedad somática.

Esta hipótesis sólo podría mantenerse si, además, supusiéramos un análogo error en la obra de Chiozza; en efecto, por este camino nos vemos obligados a suponer que Chiozza, al interpretar las fantasías específicas del trastorno orgánico, se extendió al terreno de la histeria y postuló su concepto de resignificación secundaria, para lo que era, "en realidad", una conversión mnémica, es decir, una utilización histérica de un síntoma orgánico. Pero si aún esto no nos resultara suficientemente absurdo, pensemos que de aquí se desprenden, al menos, dos conclusiones del todo inaceptables.

- 1) Los afectos involucrados en la histeria de conversión (conversión mnémica) expresan sólo el vivenciar individual, por lo tanto, no teniendo relación con la filogenia, no son afectos típicos ni universales. ¿Cómo podríamos reconocerlos?
- 2) Los afectos involucrados en la enfermedad somática expresan sólo el vivenciar universal y no poseen ninguna relación con la vida del enfermo. ¿Cómo podríamos sentirlos?

Sabemos que los afectos no tienen dos "partes separables", una universal y otra individual, sino que lo universal y lo individual son dos enfoques conceptuales para una misma cosa. Por lo tanto, la única posibilidad es suponer que histeria de conversión y enfermedad somática se den siempre juntas. En efecto, en todos los enfermos orgánicos hay una resignificación secundaria y, en todos los casos de histeria, una alteración orgánica que brinda la sollicitación somática.

Pero ¿qué ganaríamos con la extravagante hipótesis de afirmar que todo trastorno somático tiene una parte histérica que expresa lo individual y una parte orgánica que expresa lo universal? 1) Resulta absurdo decir que todos los pacientes con síntomas orgánicos tienen dos enfermedades al mismo tiempo; una histeria de conversión y una enfermedad orgánica. 2) Resulta incómodo e injusto afirmar que tanto Freud como Chiozza, se equivocaron en sus conclusiones. 3) ¿Le quitamos una parte a la teoría de la histeria y una parte a la teoría de la enfermedad somática para luego afirmar que no se pueden dar una sin la otra?! Más bien parece que estamos llevando agua al molino de la tesis que buscábamos evitar: Si una enfermedad no puede darse sin la otra, parece más simple y adecuado afirmar que son una sola; es decir, que son lo mismo.

b) Esta objeción resulta mucho más interesante y sobretodo más compleja que la anterior. Lamentablemente un examen exhaustivo de esta cuestión excede el marco de esta presentación y requiere del autor un manejo de las clasificaciones psicopatológicas que no poseo. Procuraré, entonces, aportar algunas opiniones generales sobre el problema clínico e intentaré, al modo de Pitágoras, buscar una solución teórica que pueda eximirnos, hasta cierto punto, de una revisión clínica detallada.

Por un lado uno no puede dejar de tener la impresión de que, si nos atenemos a la definición de histeria que enuncia el propio Freud¹⁶ en sus tiempos de Charcot, la mayoría de sus historiales no parecen ajustarse a lo definido. En general uno recibe la impresión de que se trata de mujeres bastante neuróticas con algunos síntomas orgánicos claros y otros síntomas corporales vagos, pero ¿qué médico hoy día, en los tiempos en que la psicopatología está de moda, tacharía de histeria unos accesos de tos rebeldes como los de Dora, que como vienen se van? Disnea, tos y afonía, migrañas, desazón y alteración del carácter, apendicitis

¹⁶ «DEFINICIÓN. (...) Charcot establece que "histeria" es un cuadro patológico bien deslindado y separado, que se puede discernir con la mayor claridad en los casos extremos de la llamada "grande hystérie" (o histero-epilepsia). Además, es histeria aquello que, en formas más leves y rudimentarias, se puede situar en una misma serie con el tipo de la grande hystérie y poco a poco se desdibuja hasta llegar a lo normal; la histeria se diferencia radicalmente de la neurastenia, y aun, en sentido estricto, se le contraponen» (Freud, 1888b, pág. 46).

y un desmayo bastaron para iniciar el tratamiento de Dora con el diagnóstico de histeria; a lo que más tarde, se agregó una neuralgia facial¹⁷.

Lucy tenía una falta total de percepción olfativa acompañada de un catarro nasal purulento. Elisabeth tenía un reumatismo muscular crónico, y por la imprecisión con que relataba sus síntomas le hizo pensar a Freud en una neurastenia; no obstante, pensando en lo orgánico aconseja una terapia mixta. Cäcilie, una neuralgia facial que comprometía las ramas segunda y tercera del trigémino, probablemente originada por severas infecciones dentales, y que tenía además, accesos de llanto incontenibles. Katherina, no es mucho más que una chica angustiada frente al despertar sexual; algo que quizás hoy, para algunos merecería el nombre de *panic attack*.

Anna y Emmy, en cambio, parecen cuadros psiquiátricos más serios que una histeria; mientras que el caso de Emmy casi no posee síntomas conversivos (un chasquido en la lengua y una neuralgia ovárica)¹⁸, el caso de Anna es el único que parece avenirse mejor a la definición de histeria que Freud toma de Charcot. Sin embargo, como dijimos al comienzo, hoy veríamos a Anna, más como una psicótica que como una histérica. Justamente, esa misma impresión es la que uno se lleva al leer las descripciones de la histeria en sus formas más típicas.

En síntesis, viendo los historiales de Freud, desde nuestra perspectiva actual, unos casos nos parecen bastante "menos" que las descripciones que hace Charcot para la histeria; pensamos que se trata de una conjunción de síntomas neuróticos comunes como la angustia y el desmayo y síntomas orgánicos comunes como la tos, la afonía o el dolor muscular. Otros casos, los que más parecen ajustarse a las descripciones de Charcot, nos parecen, en cambio, bastante "más" que una histeria; estados psicóticos, de despersonalización como las anestias, por ejemplo; con severos delirios hipocondríacos cercanos a la

¹⁷ «El historial clínico que he esbozado hasta aquí no parece en su conjunto digno de comunicarse. "Petite hystérie" con los más corrientes síntomas somáticos y psíquicos: disnea, tussis nervosa, afonía, quizá también migrañas; además desazón, insociabilidad histérica y un taedium vitae probablemente no tomado en serio. Sin duda se han publicado historiales clínicos de histéricos más interesantes, registrados en muchos casos con mayor cuidado; y, en efecto, en lo que sigue no se hallará nada de estigmas de la sensibilidad cutánea, limitación del campo visual, etc. Pero **me permito observar que todas las colecciones de casos de histeria con fenómenos raros y asombrosos no nos han hecho avanzar gran cosa en el conocimiento de esa enfermedad, que sigue siendo enigmática. Lo que nos hace falta es justamente esclarecer los casos más habituales y frecuentes y, en ellos, los síntomas típicos**» (Freud, 1905e [1901], pág. 22-3).

¹⁸ «Los síntomas psíquicos de nuestro caso de histeria **con escasa conversión** se pueden agrupar como alteración del talante (angustia, depresión melancólica), fobias y abulias (inhibiciones de la voluntad)» (Freud, 1895d, pág. 105-6).

esquizofrenia¹⁹. Quizás allí encontremos el motivo por el cual ya no diagnosticamos cuadros de histeria.

Habíamos iniciado este apartado preguntándonos si quizás Freud no hubiera considerado como histeria casos que, "en realidad", no lo eran, ya que de ser así, sus conclusiones sobre los síntomas corporales del caso, aplicables a la enfermedad orgánica, no serían aplicables a la histeria. Como conclusión de lo dicho hasta aquí, dado el carácter retrospectivo del planteo, no podemos dar un argumento concluyente que refute esa objeción.

No obstante, si deseamos tomarla por válida, es decir, si queremos pensar que Freud (justamente él), no supo diagnosticar una histeria, entonces será cierto que **aquello que Freud describió como histeria *de conversión*, coincide, punto por punto, con nuestro concepto de enfermedad somática.**

La histeria más allá de los casos clínicos de Freud.

La exploración de los casos clínicos tampoco resultó concluyente para refutar la identidad propuesta entre histeria de conversión y enfermedad somática, dado que no podemos determinar si, más allá de eso que Freud llamó *histeria de conversión*, pueda decirse que existe algo como la *histeria*, diferente a la enfermedad somática. Las descripciones anteriores al psicoanálisis que Freud toma de sus épocas de neurólogo, también nos suscitan genuinas dudas.

Nos cuesta creer que, en un paciente que cada vez que se desmaya, aterriza cómodamente en un sillón sin lastimarse, participe algo más que la voluntad conciente; o no ver como sesgo hipocondríaco a las hiperestesias o analgesias parciales. Tampoco cabe presumir que la exploración psicoanalítica de estos casos raros pueda disipar estas dudas; como decíamos al principio, cuando tomamos en cuenta los deseos inconcientes, no resulta tan fácil decir qué es poder y qué es querer ¿Acaso llamamos histérica a una impotencia sexual masculina sólo porque el sujeto pueda tener erección durante el dormir? Luego de "Lo que ocurrió con Milena" (Chiozza, 1995x), tampoco la desaparición del síntoma, tras la interpretación, nos parece un argumento suficiente para poner en duda su naturaleza orgánica.

Para quienes prefieran pensar en la histeria como una enfermedad diferente a lo que conocemos como enfermedad somática, hay varias cuestiones que deberían ser elucidadas:

¹⁹ Quizás por esto mismo es que Freud no obtenía buenos resultados con el método de Breuer cuando lo aplicaba a los casos más espectaculares de histeria (Freud, 1905e [1901], pág. 23 y 1895d, pág. 264).

a) Por qué esta enfermedad ha generado siempre tanta confusión y su diagnóstico parece haber sido siempre objeto de tantas controversias. En efecto, antes del surgimiento de la exploración psíquica de estos enfermos, el desconcierto era muy grande. En sus épocas de neurólogo, Freud escribe: «Autores tanto alemanes como ingleses suelen todavía hoy aplicar arbitrariamente los rótulos de "histeria" e "histérico", y arrojar en una misma bolsa "histeria" con nerviosidad general, neurastenia, muchos estados psicóticos y diversas neurosis que todavía no han sido destacadas del caos de las afecciones nerviosas. En cambio, Charcot establece que "histeria" es un cuadro patológico bien deslindado y separado, que se puede discernir con la mayor claridad en los **casos extremos** de la llamada "grande hystérie" (o histero-epilepsia)» (Freud, 1888b, pág. 46).

Pero la misma exploración psíquica de las neurosis que emprende Freud, con la paulatina evolución de sus concepciones, no hizo más que acrecentar esa confusión. Los invito a ver, en la extensa cita de Freud que reproduzco en el apéndice 3, cuán ilusoria resulta esa pretensión de «un cuadro patológico bien deslindado».

b) Por qué los casos de *grande hystérie* y las formas «*más espectaculares*» (que nosotros, hoy, dudáramos en llamar histeria), según Freud, son las más raras, mientras que los casos por él presentados (aquellos que homologamos con la enfermedad somática) constituyen, en cambio, «*las formas más habituales y frecuentes*» (Freud, 1905e [1901], pág. 23)²⁰.

c) Por qué no se ha podido encontrar para la histeria una definición mejor circunscripta. Si tenemos en cuenta que el presunto cuadro típico de *grande hystérie* es un cuadro muy complejo, con alteraciones motoras, sensitivas, vegetativas y de los estados de conciencia, y que según Freud, «Además, es histeria aquello que, en formas más leves y rudimentarias, se puede situar en una misma serie con el tipo de la grande hystérie y **poco a poco se desdibuja hasta llegar a lo normal** [?]

» (Freud, 1888b, pág. 46), encontramos que la definición de histeria se vuelve excesivamente ambigua, ya que bajo esta definición, puede considerarse histérico, prácticamente, a casi cualquier síntoma. Pensemos que Freud mismo, ahora desde el psicoanálisis, parece oponerse a su antigua definición cuando sostiene que «no corresponde estampar a una neurosis en su totalidad el marbete de "histérica" por el solo hecho de que entre su complejo de síntomas luzca algunos rasgos histéricos» (Freud, 1895d, pág. 266).

²⁰ Acerca de lo infrecuente de los casos de histeria pura y de cómo el punto de vista psicoanalítico modifica la consideración diagnóstica del cuadro, véase especialmente, el antepenúltimo párrafo del apéndice 3 (tomado de Freud 1895d, pág. 268).

d) Por qué a la histeria se la ha considerado siempre menos como una enfermedad que como un "rótulo" o "marbete" con que se describe al paciente; algo tan impreciso como decir "personalidad sugestionable".

e) Por qué hoy día, como dijimos, ya no se diagnostican casos de histeria. Qué ha sucedido con la histeria.

Es en este punto donde, seguramente el lector, desearía poder recurrir a la evidencia clínica, y es por eso que iniciamos este trabajo con aquellas consideraciones tendientes a mostrar las dificultades de esa forma de conocimiento, así como la sobrevaloración que se le concede a sus conclusiones.

Contrariamente a lo que nos ofrece la observación clínica, el psicoanálisis nos brinda una teoría clara y nítida. Cada vez que Freud logró franquear el "misterioso salto de la mente al cuerpo" –eso que otros ven como un callejón sin salida –, llegó siempre a una *misma* conclusión. Esta búsqueda ha tomado distintos caminos; su concepto de conversión histérica, su concepto de sollicitación somática, su concepto de conversión por simbolización y, también, el concepto de sesgo hipocondríaco presente en el lenguaje de órgano. La conclusión es una sola:

- Lo somático está dado por un derivado del afecto reprimido; un derivado que, en condiciones normales, de no mediar la represión, forma parte de ese mismo afecto. Se trata de las inervaciones somáticas por las que se descarga el afecto, aquellas que la conciencia registra como sensaciones somáticas.

Esta misma conclusión, cristaliza en la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis (Freud, 1940a [1938], Chiozza, 1991b [1989]), según la cual, llamamos somático a lo genuinamente psíquico, toda vez que esto psíquico genuino penetra en la conciencia privado de su sentido.

Esta concepción reúne en una misma interpretación, al dicho esquizofrénico de la paciente de Tausk (Freud, 1915e, Chiozza, 1991b [1989]), a los delirios hipocondríacos de Schreber, a los síntomas corporales de los casos de histeria de conversión y a la enfermedad orgánica; tanto a la hipocondría como al cáncer; tanto a las alteraciones anatómicas como a las funcionales.

El cuerpo, como zona erógena, habla de deseos; cuando estos deseos se experimentan como afectos intolerables, se los desconoce; y ese mismo hablar del cuerpo, ahora desconocido, es lo que llamamos síntomas corporales.

Genuinamente orgánicos, obviamente.

Síntesis y conclusiones.

De lo dicho hasta aquí, podemos extraer algunas conclusiones:

I. No podemos decir que los síntomas histéricos no sean genuinamente orgánicos porque,

- a) Entraríamos en contradicción con el modelo epistemológico propuesto por Chiozza. Desde esta concepción, lo somático en la histeria es tan genuino como lo somático en la enfermedad somática.
- b) Entraríamos en contradicción con la posición de Freud al decir que, en la histeria de conversión, es el síntoma orgánico el que brinda la sollicitación somática para que las representaciones inconcientes se expresen corporalmente.
- c) Entraríamos en contradicción con los conceptos freudianos de conversión histérica y conversión por simbolización, que afirman que los síntomas histéricos están dados por las inervaciones corporales del afecto, a las cuales consideramos, obviamente, genuinamente orgánicas.
- d) Entraríamos en contradicción con lo que afirma la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis.
- e) Si aceptamos que en la histeria, de acuerdo con Freud, el afecto desaparece de la conciencia, y pretendemos decir que los síntomas histéricos que reemplazan a aquellos afectos, no son genuinamente orgánicos, entonces no podemos ubicar a la histeria en ninguna de las formas de enfermar que concebimos en nuestra teoría.

Por lo tanto, debemos decir que los síntomas histéricos son genuinamente orgánicos. La conclusión de esta afirmación es que

- La histeria de conversión es, al menos, *una* enfermedad orgánica.

II. No podemos decir que los síntomas orgánicos de la histeria de conversión sean distintos a los síntomas orgánicos de la enfermedad somática *no histérica*, porque,

- a) Dado que la separación entre funcional y anatómico es ambigua, deberíamos depender de métodos no psicoanalíticos para determinar de qué tipo de lesión se trata y saber entonces, qué teoría aplicar.
- b) Deberíamos, además, crear una teoría para los síntomas funcionales o histéricos, ya que la teoría propuesta por Freud es para nosotros, indistinguible de la teoría propuesta por Chiozza para la enfermedad somática. A menos que,

- c) supongamos unos afectos "históricos" (cuya conversión diera lugar a los síntomas funcionales históricos) diferentes a los afectos relacionados con las enfermedades somáticas *no históricas*. Pero, para estos afectos históricos, no sabríamos decir, cuál es su fuente erógena, cuáles son sus inervaciones corporales, ni dónde se experimentan.
- d) Esta distinción entre afectos para síntomas funcionales y afectos para síntomas orgánicos obligaría a revisar todas las investigaciones realizadas sobre fantasías específicas de trastornos orgánicos ya que en ellas (pese a la indudable participación de aspectos funcionales en la sintomatología) no se hace esta distinción.
- e) La separación entre afectos históricos y no históricos sólo tendría sentido si postuláramos una separación entre los aspectos individual y universal del afecto, separación que resulta insostenible. A menos que,
- f) postuláramos que histeria y enfermedad somática no pueden presentarse la una sin la otra. Pero entonces, estaríamos reconociendo que son una sola enfermedad. Además,
- g) implicaría quitarle a Freud el concepto de conversión por simbolización y a Chiozza el de resignificación secundaria afirmando que esos conceptos no pertenecen a la enfermedad que cada uno estaba estudiando.
- h) Implicaría, por último, contradecir las conclusiones que Freud extrajo al intentar una idéntica diferenciación entre funcional y orgánico, a saber: que los síntomas en la histeria son los síntomas orgánicos de la enfermedad somática.

Por lo tanto, debemos decir que los síntomas orgánicos históricos y los síntomas orgánicos *no históricos*, por fuerza, coinciden. La conclusión de esta afirmación es que

- La histeria de conversión y la enfermedad somática son lo mismo.

III. Podemos todavía afirmar que sólo aquello que Freud llamó *histeria de conversión*, coincide con nuestro concepto de enfermedad somática, pero que fuera de eso existe todavía la *histeria* como algo diferente a la enfermedad orgánica. Esto implica afirmar (nada menos) que Freud equivocó el diagnóstico de sus casos. Además, para corroborar esta afirmación deberíamos,

- a) Estudiar un caso de histeria, lo cual, hoy en día, no parece sencillo de encontrar.
- b) Ponernos de acuerdo en que efectivamente se trata de un caso de histeria para lo cual no disponemos de definiciones claras.

- c) Deberíamos probar que en ella no hay alteraciones orgánicas, lo cual nunca sería del todo concluyente ya que en un futuro podría hallarse lo que nosotros no encontramos.
- d) Implicaría volver sobre muchas de las objeciones que tratamos en los puntos I y II de esta síntesis.
- e) Sería una diferenciación ajena al psicoanálisis, más propia de la medicina con sus métodos de exploración del cuerpo.

En cambio, si abandonamos la supuesta existencia de un cuadro como la histeria, podemos unificar en una misma teoría, dentro del psicoanálisis, todo lo referente a lo corporal.

Consideraciones finales: Por qué la histeria.

Aún para aquellos que estén de acuerdo con el recorrido propuesto y con la conclusión a la que arribamos, la idea de erradicar de la nosología todo un cuadro patológico no puede menos que generar cierto escozor.

Quizás, dos razones de peso ayuden a disminuir esa sensación: a) que se trata de un cuadro prácticamente desaparecido; y b) que se trata de un cuadro que siempre ha estado mal delimitado y ha sido causa de constantes confusiones y controversias a la hora de establecer un diagnóstico.

Ayudaría, a mi entender, que pudiéramos explicarnos mejor cuáles fueron las circunstancias que llevaron a su creación; qué malentendido condujo a confundir una enfermedad somática con eso que dio en llamarse histeria. Una explicación de este tipo puede hallarse en la misma teoría psicoanalítica que utilizamos para desterrar este cuadro. En efecto, como dijimos, el problema de la histeria es un problema epistemológico que parte de cómo se considera lo psíquico y cómo, lo somático.

Si utilizamos nuestro modelo epistemológico, podemos comprender por qué la medicina dualista pudo haber experimentado la necesidad de crear un cuadro como el de la histeria. Como dijimos, nosotros consideramos a lo somático como la forma en que reconocemos a lo genuinamente psíquico (inconciente) cuando aparece en la conciencia privado de su significación. De modo tal que cuanto mejor comprendemos el sentido (psíquico) de un trastorno somático, menos orgánico nos parece el trastorno.

Vimos en el apéndice 3 cómo a medida que Freud profundizaba su comprensión del "mecanismo psíquico" en la génesis de las neurosis, se le hacía cada vez más difícil identificar casos puros de histeria.

Es comprensible que, en un modelo epistemológico dualista según el cual si algo es psíquico entonces no puede ser somático, la comprensión del sentido inconsciente (es decir, del papel que un determinado síntoma tiene —como intencionalidad— en la biografía del enfermo) ponga en crisis, en esa concepción, la naturaleza somática del trastorno.

En otras palabras, lo que al principio es, tanto para el médico como para el enfermo un *no poder* (una limitación funcional, un síntoma), comienza a ser para el médico que comprende la finalidad del trastorno (el psicoanalista), un *no querer*, un acto de voluntad; y, en esa misma medida, va dejando de ser diagnosticado como somático para pasar a considerársele como psíquico. La idea de simulación, tan emparentada con la histeria, lleva implícita la idea de una voluntad.

Podemos entender así, que la diferencia entre síntomas histéricos y orgánicos no se halle en la naturaleza de lo somático de unos y otros (diferencia que, como desarrollamos, nunca pudo determinarse con claridad), sino en el enfoque epistemológico del sujeto que los observa. Si el observador, desde una epistemología dualista, comprende el sentido del síntoma corporal, tenderá a juzgarlo como una simulación de lo realmente orgánico; es la primitiva concepción de la histeria.

Si, como le sucedió a Freud, los registros perceptivos del síntoma son demasiado evidentes, de modo que ya no puede «*dudar de la autenticidad*» del síntoma, entonces pensará que la histeria “utiliza” un trastorno orgánico (carente de sentido, por definición) para expresar sus contenidos psíquicos. Las citas de Freud que hemos incluido a lo largo del trabajo, son más que elocuentes para apoyar esta hipótesis.

En un trabajo anterior (Chiozza, G. 1995a), que no puedo reproducir aquí, me ocupé de mostrar cómo, en una sesión de análisis, un mismo síntoma corporal recibe distintos diagnósticos (que son, al fin de cuentas, interpretaciones) según el enfoque teórico del analista. En el apéndice 4, en cambio, reproduzco una ejemplificación presentada recientemente (Chiozza, G., 2004a) de cómo un síntoma corporal como el dolor abdominal es interpretado como apendicitis histérica por el sólo hecho de haber identificado, el médico, un sentido para el síntoma.

Se comprende que si por fin, de la mano de Chiozza, somos capaces de atribuir un sentido a todo lo somático, **en nuestra nosología actual, se hace innecesario considerar la existencia de un cuadro como el de la histeria de conversión, ya que todo lo que este cuadro comprende se halla incluido en su concepto de enfermedad orgánica.**

Apéndice 1.

Tomado de *El último teorema de Fermat*, de Simon Singh (1997, pág. 58-60).

«Tenemos un tablero de ajedrez al que se le han quitado dos esquinas opuestas, de tal manera que sólo quedan 62 cuadros. Tomamos ahora 31 fichas de dominó, cada una de las cuales cubre exactamente dos cuadros. La pregunta es: ¿es posible colocar las 31 fichas de dominó de tal manera que cubran los 62 cuadros del tablero de ajedrez?»

»Hay dos aproximaciones al problema:

»(1) La aproximación científica

»El científico tratará de resolver el problema mediante la experimentación, y después de intentar varias docenas de disposiciones descubrirá que todas fallan. Finalmente, el científico cree que hay suficiente evidencia para decir que el tablero no se puede cubrir. Sin embargo, el científico nunca puede estar seguro de que esto sea cierto porque podría ocurrir que exista una manera que no se ha ensayado que cubra el tablero. Hay millones de diferentes arreglos y sólo es posible explorar una pequeña fracción de ellos. La conclusión de que el objetivo es imposible es una teoría basada en la experimentación, pero el científico tendrá que vivir con la perspectiva de que algún día esta será invalidada.

»(2) La aproximación matemática

»El matemático tratará de contestar la pregunta desarrollando un argumento lógico del que se derive una conclusión indudablemente correcta y que jamás sea cuestionada.

»Un argumento de este tipo es el siguiente:

- Las dos esquinas que se retiraron del tablero eran blancas. Por lo tanto, ahora hay 32 cuadros negros y solamente 30 cuadros blancos.
- Cada ficha de dominó cubre dos cuadros vecinos, y los cuadros vecinos siempre son de diferentes colores, uno blanco y otro negro.
- Por lo tanto, no importa cómo se coloquen, las primeras 30 fichas de dominó que se pongan sobre el tablero cubrirán 30 cuadros blancos y 30 cuadros negros.
- Por consiguiente, al final quedarán una ficha de dominó y dos cuadros negros.
- Pero recuérdese que todas las fichas de dominó cubren dos cuadros vecinos y, que estos son de colores opuestos. Sin embargo, los dos cuadros que quedan sin cubrir son del mismo color, así que no pueden ser cubiertos ambos por la ficha restante. Por lo tanto, ¡es imposible cubrir el tablero!

»Esta prueba muestra que ninguna disposición de las fichas podrá cubrir el tablero de ajedrez mutilado.»

Apéndice 2.

Tomado de *Estudios sobre histeria* (Freud, en colaboración con Breuer, 1895d). El destacado no pertenece al original.

En el caso de Cäcilie M., el método catártico descubre la génesis del síntoma histérico 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 conversión 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. (...) Entonces, se obtuvo el siguiente esclarecimiento: **esa neuralgia había pasado a ser, por el habitual camino de la conversión, el signo distintivo de una determinada excitación psíquica**» (pág. 191). Con respecto a otro síntoma de la paciente, 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...» (pág. 192).

Veamos el caso de Elisabeth von R.: «En cuanto a la desacostumbrada localización de las zonas histerógenas, no se obtuvo al comienzo esclarecimiento alguno. Además, daba que pensar que la hiperalgesia recayera principalmente sobre la musculatura. La dolencia más frecuente culpable de la sensibilidad difusa y local de los músculos a la presión es la infiltración reumática de ellos, el reumatismo muscular crónico común, cuya aptitud para crear el espejismo de unas afecciones nerviosas ya mencioné. La consistencia de los músculos doloridos en la señorita Von R. no contradecía este supuesto; se encontraban muchos tendones duros en las masas musculares, y además parecían particularmente sensibles. **Lo probable, entonces, era que hubiera sobrevenido una alteración orgánica de los músculos en el sentido indicado, en la cual la neurosis se apuntaló** haciendo aparecer exageradamente grande su valor» (pág. 153).

Y más adelante continúa: «... resta todavía elucidar el determinismo del síntoma histérico. ¿Por qué justamente los dolores en las piernas tomarían sobre sí la subrogación del dolor anímico? Las circunstancias que rodearon el caso indican que **ese dolor somático no fue creado por la neurosis, sino sólo aprovechado por ella, aumentado y conservado**. Y agregaré que **algo semejante ocurría en la enorme mayoría de las algias histéricas que pude llegar a entender; siempre había preexistido al comienzo un dolor real y efectivo, de base orgánica**. Son los dolores más comunes y difundidos de la humanidad los que con mayor frecuencia parecen llamados a desempeñar un papel en la histeria; sobre todo, los periósticos y neurálgicos a raíz de enfermedades de los dientes, las cefaleas debidas a fuentes tan diversas, y en medida no menor los dolores reumáticos de los músculos, tan a menudo desconocidos como tales. **Opino que también tuvo base orgánica el primer ataque de dolores que la señorita Elisabeth von R. sufrió mientras cuidaba todavía a su padre**. En efecto, no obtuve información alguna cuando busqué una ocasión psíquica para ello, y confieso que me inclino a otorgar valor diagnóstico-diferencial a mi método de convocar recuerdos escondidos, siempre que se

lo maneje con cuidado. Ahora bien, **este dolor originariamente reumático pasó a ser en la enferma el símbolo mnémico de sus excitaciones psíquicas dolientes, y ello, hasta donde yo puedo verlo, por más de una razón**» (pág. 187).

Apéndice 3.

Tomado del punto IV "Sobre la psicoterapia de la histeria" (Freud) de los *Estudios sobre histeria* (Freud, en colaboración con Breuer, 1895d, pág. 264-9). El destacado no pertenece al original.

«Cuando intenté aplicar a una serie mayor de enfermos el método de Breuer para la curación de síntomas histéricos por vía de busca y abreacción en la hipnosis, tropecé con dos dificultades, persiguiendo las cuales **di en modificar tanto la técnica como la concepción**. 1) No eran hipnotizables todas las personas que mostraban síntomas inequívocamente histéricos y en las cuales, con toda probabilidad, reinaba el mismo mecanismo psíquico. 2) **Debí tomar posición frente al problema de saber qué, en verdad, caracterizaba a la histeria y la deslindaba de las otras neurosis**.

»Pospongo para luego comunicar cómo dominé la primera dificultad y qué aprendí de ella. Comenzaré detallando la posición que en la práctica cotidiana tomé frente al segundo problema. **Es muy difícil penetrar de una manera acertada un caso de neurosis antes de someterlo a un análisis profundo**; o sea un análisis como sólo se lo obtiene aplicando el método de Breuer. **Pero la decisión acerca del diagnóstico y la variedad de terapia debe tomarse antes de disponer de esa noticia en profundidad**. No me quedaba otro camino, pues, que escoger para el método catártico aquellos casos que era posible **diagnosticar provisionalmente como de histeria** porque presentaban unos pocos o muchos de los estigmas o síntomas característicos de ella. Y luego me sucedía a menudo obtener pobrísimos resultados terapéuticos a pesar de ese diagnóstico de histeria, pues ni siquiera el análisis sacaba a la luz nada sustantivo. **Otras veces intenté tratar con el método de Breuer unas neurosis que nadie habría juzgado como histeria, y descubrí que de esta manera era posible influirlas y aun solucionarlas. (...) Así, no podía ser patognomónico para la histeria el mecanismo psíquico descubierto en la «Comunicación preliminar»; y no pude resolverme, en aras de él, a arrojar todas esas otras neurosis en el mismo casillero de la histeria. De todas las dudas así instiladas me sacó, por último, el plan de tratar a esas otras neurosis en cuestión como a la histeria, de investigar dondequiera la etiología y la modalidad del mecanismo psíquico, y supeditar a esa indagación el decidir sobre la licitud del diagnóstico de histeria. (...)**

»Por otra parte, me pareció a todas luces indicado separar de la neurastenia un complejo de síntomas neuróticos que depende de una etiología por entero diversa, y

aun, consideradas las cosas en su raíz, opuesta. (...) Son síntomas, o bien equivalentes y rudimentos, de *exteriorizaciones de angustia*, y por eso he denominado *neurosis de angustia* a este complejo que cabe separar de la neurastenia. Acerca de ella, he sustentado [Freud, 1895b] que sobreviene por la acumulación de una tensión psíquica que es, por su parte, de origen sexual; tampoco esta neurosis tiene un mecanismo psíquico, pero influye sobre la vida psíquica de una manera bien regular, de suerte que «expectativa angustiada», fobias, **hiperestesia hacia dolores** etc., se cuentan entre sus exteriorizaciones regulares. **Es cierto que esta neurosis de angustia, como yo la entiendo, se superpone parcialmente con la neurosis que bajo el nombre de «hipocondría» suele reconocerse en tantas exposiciones junto a la histeria y la neurastenia; sólo que en ninguna de las elaboraciones ofrecidas hasta hoy puedo juzgar correcto el deslinde de esa neurosis, y hallo que la viabilidad del término «hipocondría» se perjudica por su referencia fija al síntoma del «miedo a la enfermedad».**

»Después que así me hube fijado los cuadros simples de la neurastenia, la neurosis de angustia y las representaciones obsesivas, abordé la concepción de los **casos corrientes de neurosis que entran en cuenta en el diagnóstico de histeria**. Entonces me vi precisado a decir que **no corresponde estampar a una neurosis en su totalidad el marbete de «histérica» por el solo hecho de que entre su complejo de síntomas luzca algunos rasgos histéricos. Pude explicarme muy bien esta última práctica por ser la histeria la neurosis más antigua, la mejor conocida y la más llamativa entre las consideradas; no obstante, era una práctica errónea**, la misma que había llevado a anotar en la cuenta de la histeria tantos rasgos de perversión y degeneración. **Tan pronto como en un caso complicado de degeneración psíquica se descubría un indicio histérico, una anestesia, un ataque característico, se llamaba «histeria» al todo y después, claro está, uno podía reunir bajo esa etiqueta lo más enojoso y lo más contradictorio. Pero si este diagnóstico era, con certeza, incorrecto, con igual certeza uno tenía derecho a trazar separaciones por el lado neurótico, y puesto que uno conocía la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., en el estado puro, ya no se debía pasarlas por alto en la combinación.**

»La siguiente concepción pareció entonces la más justificada: **Las más de las veces cabe designar «mixtas» a las neurosis corrientes**; es cierto que de la neurastenia y la neurosis de angustia se pueden hallar sin dificultad formas puras, sobre todo en jóvenes. **Los casos puros de histeria y de neurosis obsesiva son raros; de ordinario estas dos neurosis se combinan con una neurosis de angustia.** (...) ahora bien, respecto de la histeria se sigue que es apenas posible desprenderla, para su consideración aislada, de su trabazón con las neurosis sexuales; por regla general constituye sólo un lado, un aspecto del caso neurótico complicado, y sólo en el caso límite, por así decir, se la puede hallar aislada y tratar como tal. Para una serie de casos es lícito decir: «*a potiori fit denominatio*» [recibe su denominación por su rasgo más importante].

»Examinaré los historiales clínicos aquí comunicados para ver si corroboran mi concepción sobre la falta de autonomía clínica de la histeria. Anna O., la paciente de Breuer, parece contradecirlo e ilustrar la contracción de una histeria pura. Sin embargo,

este caso, que tan fecundo ha sido para el discernimiento de la histeria, no fue considerado por su observador bajo el punto de vista de la neurosis sexual y hoy es simplemente inutilizable para esto. Cuando yo empecé a analizar a la segunda enferma, la señora Emmy von N., bien lejos me encontraba de esperar una neurosis sexual como suelo de la histeria; **acababa de salir de la escuela de Charcot y consideraba el enlace de una histeria con el tema de la sexualidad como una suerte de insulto** -al modo en que suelen hacerlo las pacientes mismas-. **Cuando hoy repaso mis notas sobre ese caso me resulta de todo punto indudable que debo reconocerlo como una grave neurosis de angustia con expectativa angustiada y fobias**, que había nacido de la abstinencia sexual, combinándose con una histeria. El caso 3, el de Miss Lucy R., es quizás el que más merecería ser designado como caso límite de una histeria pura; es una histeria breve, de transcurso episódico y de una etiología inequívocamente sexual, como la que correspondería a una neurosis de angustia; es una muchacha más que madura, necesitada de amor, cuya inclinación despertó demasiado rápido por un malentendido. Sólo que la neurosis de angustia no se registraba, o a mí se me escapó. **El caso 4, el de «Katharina», es lisa y llanamente el arquetipo de lo que yo he llamado «angustia virginal»; es una combinación de neurosis de angustia e histeria; la primera crea los síntomas, la segunda los repite y trabaja con ellos. Por lo demás, un caso típico de tantas neurosis juveniles llamadas «histerias».** El caso 5, el de la señorita Elisabeth von R., tampoco se exploró como neurosis sexual; apenas si pude exteriorizar, sin confirmarla, la sospecha de que una neurastenia espinal le hubiera proporcionado la base.

»Ahora bien, me veo precisado a agregar que desde entonces las **histerias puras se han vuelto todavía más raras en mi experiencia; si pude reunir estos cuatro casos como de histeria, y prescindir en su elucidación de los puntos de vista que son los decisivos para las neurosis sexuales, la razón de ello reside en que son casos antiguos en los que yo todavía no realizaba la investigación deliberada y penetrante hacia las bases sexuales neuróticas. Y si, en lugar de esos cuatro casos, no he comunicado otros doce de cuyo análisis surge una confirmación para el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos por nosotros aseverado, a tal abstención, digo, me constriñó sólo la circunstancia de que el análisis de estos casos clínicos los reveló al mismo tiempo como unas neurosis sexuales, si bien es cierto que ningún diagnosticador les habría rehusado el «nombre» de histeria.** Y él esclarecimiento de tales neurosis sexuales rebasa los marcos de esta nuestra publicación conjunta.

»**No querría que se me entendiera mal; no es que yo no quiera admitir la histeria como una afección neurótica independiente, o la conciba como mera exteriorización psíquica de la neurosis de angustia, o le atribuya meros síntomas «ideógenos» y trasfiera a la neurosis de angustia los síntomas somáticos (puntos histerógenos, anestias). Nada de eso; opino que la histeria depurada de cualquier contaminación puede ser tratada de manera autónoma en todos los aspectos, salvo en la terapia. En efecto, en la terapia están en juego metas prácticas, la eliminación del estado doliente en su totalidad, y si la histeria se presenta las más de las veces como componente**

de una neurosis mixta, el caso es sin duda parecido al de las infecciones mixtas donde la conservación de la vida, que se nos impone como tarea, no coincide con la lucha contra los efectos de uno solo de los agentes patológicos.

»Entonces, separar, en los cuadros de las neurosis mixtas, la parte de la historia de las partes de la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., es para mí importantísimo, porque tras ese divorcio puedo dar una expresión precisa al valor terapéutico del método catártico. Me atrevería a aseverar que este -en principio- es harto capaz de eliminar cualquier síntoma histérico, mientras que, como fácilmente se averigua, es por completo impotente frente a los fenómenos de la neurastenia y sólo rara vez, y por unos rodeos, influye sobre las consecuencias psíquicas de la neurosis de angustia. Por eso su eficacia terapéutica dependerá, en el caso singular, de que los componentes histéricos del cuadro clínico puedan reclamar para sí un lugar de relevancia práctica comparados con los otros componentes neuróticos».

Apéndice 4.

Tomado de "La historia de conversión y lo «genuinamente» somático", (Chiozza, G., 2004a, pág. 116-7, nota 20).

«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.»

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, Gustavo, 2004a, "La histeria de conversión y lo «genuinamente» somático", Simposio 2004, Fundación LUIS CHIOZZA, Buenos Aires, 2004.
- 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.
- CHIOZZA, Luis, 1995x, "Lo que ocurrió con Milena", en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995.
- CHIOZZA, Luis y colaboradores, 1983b [1982], "Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia", en *Psicoanálisis, presente y futuro*, Luis Chiozza, Ed. CIMP, Buenos Aires, 1983.
- CHIOZZA, Luis y colaboradores, 1991b [1990], "Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares", en *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991.
- 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, 1893c [1888-93], "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, 1895d, *Estudios sobre la histeria*, (en colaboración con Breuer), en *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.
- FREUD, Sigmund, 1900a [1899], *La interpretación de los sueños*, en *Obras Completas*, 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, 1915d, "La represión", en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund, 1915e, "Lo inconciente", en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund, 1924b [1923], "Neurosis y psicosis", en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund, 1924e, "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis", en *Obras Completas*, 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.

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

SINGH, Simon, 1997, *El último teorema de Fermat*, Grupo Editorial Norma, primera edición en castellano para América Latina, Santa Fe de Bogotá, Colombia, marzo de 1999.