

**LA CONSTRUCCIÓN DE  
LO «PSÍQUICO» Y LO «SOMÁTICO» EN  
LA PRÁCTICA PSICOANALÍTICA**

**Dr. Gustavo L. Chiozza**

**Instituto de Docencia e Investigación  
FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA  
– Septiembre 2011 –**

## NOTA PRELIMINAR

El presente ensayo es un intento de articular bajo un mismo hilo conductor –el quehacer con el enfermo– una serie de ideas y desarrollos que en el pasado expuse por separado. Me refiero a mis trabajos sobre los fundamentos epistemológicos del psicoanálisis (2005b [2004]), sobre la conciencia (1999a, 2003e y 2009a [2008]), sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática (1993a, 1994a, 1994b, 1995a, 1995d, 1996d, 2004a y 2004e) y sobre el afecto (2000a [1999], 2003b y 2003c [1999-2003]). Es mi esperanza que, enfocando las mismas ideas desde esta nueva perspectiva unificadora y arraigada en la práctica psicoanalítica, su comprensión y discusión se vean facilitadas. Procurando que el conjunto permita una lectura más ágil he optado por omitir la mayor parte de los fundamentos teóricos y las citas bibliográficas correspondientes que en su oportunidad expuse, según creo, en forma detallada y suficiente. Soy consciente de que el beneficio que pretendo alcanzar por este camino conlleva el riesgo de generar la impresión de estar ofreciendo argumentos débiles o poco fundamentados –sobre todo pensando en el lector que no esté familiarizado con aquellos trabajos– o que estoy afirmando como cosa juzgada ideas que quizás el lector desearía poder discutir. Por el contrario, creo poder decir que son ideas muy meditadas, que han ido madurando a lo largo de muchos años de estudio y a través de muchos escritos. Espero que las referencias bibliográficas indicadas oportunamente sean suficientes para satisfacer las exigencias del lector curioso y riguroso.



*«Una característica importante de esa estructura funcionante (autocreativa, como se ha dicho de la vida misma) es que protege la perduración inmodificada de lo ya pensado, sancionando con displacer la discrepancia y premiando con placer la concordancia. No se trata de una perduración, ni de una protección que son, en sí mismas, dañinas o absurdas; muy por el contrario, es gracias a ellas que la vida, aun procediendo entre tropiezos, al fin procede. Pero también es cierto que existe la posibilidad de que una parte del pensamiento acceda a una conciencia que puede re-pensarlo, y que ese re-curso nos faculta para progresar, crecer y evolucionar frente a las cosas que nos salen mal. Si tenemos en cuenta que las sensaciones de displacer, desasosiego y angustia que acompañan el esfuerzo de pensar de nuevo, y las de placer que se disfrutan cuando nos entregamos a la facilidad de los hábitos, transcurren con la secreción de sustancias poderosas, como lo son, por ejemplo, las endorfinas, no sólo comprendemos la fuerza que alcanza la resistencia al cambio, sino también la profunda inquietud y el malestar visceral que nos aquejan cuando, motivados por el valeroso reconocimiento de una incoherencia que no se sostiene, acometemos el intento de pensar aquello que, a primera vista, se nos antoja impensable».*

L. Chiozza (2008, pág. 189).

«A menudo se dice que la base del proceder médico es la confianza. Yo sostengo que lo que se pregunta y se responde en las clínicas modernas es precisamente aquello que también se cree poder relatar sin dificultad cuando no se tiene ninguna confianza, y a esto se lo llama luego lo "objetivo".»

V. Weizsaecker (1951, pág. 518)<sup>1</sup>

### **El acto fallido. La segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. La conciencia inconciente. Lo psíquico y el sentido. La conciencia como sensación.**

Un paciente inicia su sesión diciendo que ha olvidado traer el dinero para pagar los honorarios al analista; comenta que lo había separado en un sobre y lo había dejado junto a las llaves del auto, justamente con el propósito de no olvidarlo; pero que al momento de salir de su casa, tomó las llaves y olvidó el sobre.

Si el paciente hubiera tenido éxito al traducir en actos su intención de pagar, nada habría que explicar porque el acto de pagar se explicaría a partir de aquella intención, como un acto dotado de sentido, acorde a fines, nacido de una voluntad. Pero como en cambio su acción falló, decimos que se trata de un acto fallido; algo que en sí mismo no parece tener sentido; un *sinsentido* que requiere de alguna explicación.

A comienzos del siglo pasado la opinión general de la ciencia afirmaba que un olvido como el que imaginamos en nuestro paciente se debía a algún tipo de falla en el funcionamiento de las conexiones neuronales del cerebro responsables de la memoria. Sin embargo, como todos sabemos, Freud (1901b) se atrevió a ofrecer una explicación distinta; sumamente original y fecunda. La idea de Freud consistió en suponer que los actos fallidos se producen cuando una moción consciente (en nuestro ejemplo, la intención de pagar los honorarios) ha sido perturbada por otra moción, la perturbadora (el deseo contrario, de no-pagar), que a diferencia de la primera es inconciente. En síntesis, supuso la existencia una *voluntad* contraria, inconciente.

---

<sup>1</sup> Tanto esta cita como aquella otra con la que finalizo este ensayo han sido traducidas por la Dra. María Adamo directamente del original alemán del libro de Weizsaecker *El hombre enfermo*. Agradezco su colaboración y transcribo los datos bibliográficos, tal cual ella me los proporcionó: "Der kranke Mensch", en *Gesammelte Werke*, Tomo 9, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.

Hablamos de suposición, justamente porque esa es, según explicitara Freud (1940a [1938]), la segunda de las hipótesis que el psicoanálisis esgrime para desarrollar tanto su teoría como su técnica. Según esta hipótesis, allí donde otras disciplinas para explicar algo que sucede en el psiquismo suponen, como dijimos, la existencia de un fenómeno somático concomitante, el psicoanálisis, en cambio, supone la existencia de un psiquismo inconciente. En nuestro ejemplo, equivale a suponer que el olvido es un acto psíquico inconciente; es decir, suponer que el olvido es un acto *intencionado* nacido de un deseo acerca del cual el sujeto que ha realizado ese acto nada sabe. Así, gracias a este supuesto, lo que en la conciencia no tenía sentido, pasa a tener un *sentido inconciente*.

De esta manera, al suponer que lo psíquico conciente se explica por lo psíquico inconciente, todo queda en el ámbito de lo psíquico y así el psicoanálisis puede constituirse en una ciencia independiente, que explora y resuelve los problemas que se le presentan (por ejemplo, los síntomas de los pacientes) valiéndose únicamente de sus propios recursos e instrumentos. Esta es la idea del *determinismo psíquico*. Si, en cambio, pensáramos que lo que ocurre en la conciencia está determinado por lo somático, tendríamos que aceptar que sólo aquellos que exploran el cuerpo con sus métodos e instrumentos están en posición de diagnosticar y tratar los síntomas de nuestros pacientes.

De modo tal que, gracias a esta hipótesis de Freud, para el psicoanalista de nuestro ejemplo el olvido del paciente adquiere sentido porque lo supone como el resultado de una intención, a pesar de que el paciente no reconoce como propia esta intención (al menos en un principio). La pregunta interesante es a quién pertenece ese deseo que el analista ha hecho conciente en su contratransferencia y que, con el valor de una hipótesis, supone actual en lo inconciente del paciente; en otras palabras, ¿quién lo siente?

La respuesta más adecuada, es a la vez la más sencilla y la más compleja. Es la más sencilla porque resulta obvio que quién quiere no-pagar los honorarios es el propio paciente; el mismo que, por otro lado, sí los quiere pagar. Es la más compleja porque, como fundamenté en otra oportunidad (Chiozza, G., 2003e y 2009a [2008]), para que este deseo inconciente pueda ser sentido, y pueda actuar y expresarse, nos vemos forzados a suponer que en lo inconciente tiene que haber también una conciencia. Si queremos suponer que lo inconciente es psíquico, la única manera de no incurrir en contradicciones teóricas muy serias es suponer que hay una conciencia inconciente. Dicho en otros términos, afirmar que lo inconciente es psíquico, es afirmar *también*, que tiene conciencia de sí.

De modo que, si interpretamos este acto fallido siguiendo las enseñanzas de Freud, tenemos que responder a la anterior pregunta afirmando que el deseo de no-pagar pertenece a un sujeto que "habita" (por ponerlo de alguna manera) en lo inconciente de nuestro paciente; es este sujeto quien ejerce la voluntad contraria

de la que nos hablaba Freud. Es él quien *siente* en su propia conciencia el deseo de no-pagar. Si pudiéramos hablar con él, diría: "yo no quiero pagar". De aquí se desprende que no pensamos que se trata de una conciencia demasiado diferente a la de nuestro paciente. Esa "otra" conciencia sabe que tiene que pagar; sabe cuánto, dónde, por qué y a quién tiene que pagar, sólo que pertenece a un sujeto que se anima a sentir y expresar un deseo que nuestro paciente, en su propia conciencia, no admite ni siente. Si el paciente de nuestro ejemplo se llamara Juan, diríamos figuradamente, que hay un Juan que quiere pagar y otro Juan, casi idéntico al anterior, que quiere no-pagar. Si se quiere poner un nombre a cada una de estas conciencias, podemos decir: la conciencia de Juan y la conciencia de Juan', de la que Juan sabe poco y nada. Juan' representa un segundo nivel de conciencia o también, una versión más completa o menos escindida del propio Juan.

Así comprendía Freud el significado de hablar de un sentido inconciente: «*todos los actos y exteriorizaciones que yo noto en mí [diría Juan] y no sé enlazar con el resto de mi vida psíquica [y me parecen somáticos] tienen que juzgarse como si pertenecieran a otra persona [un supuesto Juan'] y han de esclarecerse atribuyendo a esta una vida anímica [una voluntad conciente]*» (Freud, 1915e, pág. 165-6). O también: «*llamamos inconciente a un proceso psíquico cuya existencia nos vemos precisados a suponer [el deseo de no-pagar], acaso porque lo deducimos a partir de sus efectos [el olvido del dinero], y del cual, empero, no sabemos nada. Por tanto, nos referimos a él del mismo modo que si se tratara de un proceso psíquico [una voluntad conciente] de otro ser humano [un supuesto Juan'], salvo que es nuestro [diría Juan]*» (Freud, 1933a [1932], pág. 65). A través de estas citas Freud nos quiere decir que no debemos quedarnos únicamente con la idea de que el psiquismo inconciente es un lugar o un proceso donde operan fuerzas y contrafuerzas; también podemos (y debemos) imaginar al psiquismo inconciente como si fuera una persona; un semejante; un sujeto; una voluntad.

Si pudiéramos interpretarle a Juan, sin enojo ni condena, que junto a su deseo de pagar los honorarios, también tenía quizás, el deseo de no pagarlos (sobre todo si pudiéramos enriquecer esta interpretación con otros contenidos que la hicieran más convincente), es probable –de hecho a menudo sucede– que el paciente reconozca, sin más, ese deseo como propio. Y no es raro que, además, aporte él mismo los motivos que hicieron nacer ese deseo. Imaginemos, por ejemplo, que Juan dice que su deseo de no-pagar los honorarios surgió del enojo que sintió por tener que esperar al analista la sesión anterior; un afecto que, en esa sesión, prefirió no comunicar. También nos cuenta que, al día siguiente, a la hora de juntar el dinero, Juan recordó ese enojo y tuvo la ocurrencia de tomarse una justa revancha y hacer esperar al analista para cobrar, pero en seguida descartó esa idea y puso el dinero en el sobre que, al momento de salir de casa, olvidó recoger. Agrega que, recién luego de escuchar la interpretación del analista, volvió a su memoria el recuerdo de aquel pensamiento rechazado. Si bien este análisis podría

(y debería) proseguirse, incluyendo temáticas más complejas (como la rivalidad nacida del Complejo de Edipo), a los fines que este ensayo persigue digamos que, básicamente, de esto se trata hacer conciente lo inconciente: Reunir en la conciencia dos cosas que –al momento de la sesión– estaban separadas expresándose, cada una, en una conciencia distinta. Una voluntad conciente y una voluntad contraria, inconciente.

Como argumenta Freud (1915e) con fundamento, el hecho de que todo esto sea una suposición no le quita valor a nuestra ciencia ya que también las otras ciencias descansan en supuestos semejantes. [Nótese que aquellos que, para explicar un olvido como el de Juan, no recurren al supuesto de un inconciente psíquico, también recurren a un supuesto, sólo que distinto: el supuesto de un mecanismo somático, como la anomalía de las conexiones neuronales, que no han demostrado]. Cuando, a partir del supuesto de la conciencia inconciente, logramos interpretar un síntoma del enfermo –como de hecho lo hacemos–, el hacer conciente lo inconciente se acompaña de la cancelación del síntoma. El hecho de que podamos operar en la realidad alcanzando el fin que nos proponemos –no una sola vez sino muchas–, demuestra que nuestro supuesto no está tan descaminado.

Pero, ¿de dónde surge este extraño supuesto que, con tanta frecuencia, demuestra ser tan útil y acertado? Como sostiene Freud, no se trata en realidad de algo tan extraño. Un refrán nos advierte de la utilidad de juzgar las intenciones por los resultados; y así funcionan las cosas, tanto en la guerra como en el amor. Ni el sargento está dispuesto a perdonar que el soldado olvide sus deberes, ni la esposa, que el marido olvide el aniversario. El psicoanálisis no hace más que llevar a lugares, en un principio insospechados, aquello que la sabiduría popular expresa en su refrán. Y lo ha venido haciendo con un éxito innegable, desde hace ya mucho tiempo.

Como esclarece Chiozza (1995O), desarrollando las ideas de Freud, cuando no comprendemos algo, inmediatamente pensamos que se trata de algo somático. El propio Juan frente a su olvido podría decir: “No me explico cómo pude olvidarlo si ex profesamente dejé el sobre junto a las llaves del auto para no olvidarme de traerlo. No sé dónde tengo la cabeza. Tendría que tomar algo para la memoria, o descansar más, ya que mi cerebro no está funcionando bien”. Ese olvido es para él algo que no tiene sentido; algo ajeno que no pertenece al conjunto de las intenciones que reconoce como propias. Como diría Freud, algo que Juan no acierta a enlazar con el resto de su vida anímica. Por lo tanto, concluye Juan, si no se trata de algo psíquico, entonces tiene que ser algo somático: el cerebro no funcionó como debería.

Y contrariamente, cuando lo que vemos nos resulta comprensible, es decir, dotado de sentido o acorde a fines, pensamos que se trata de algo psíquico; es decir, pensamos en la participación de una voluntad, de una conciencia, de un sujeto.

Chiozza pone un ejemplo muy logrado: si al volver a mi casa, las cartas que al irme dejé esparcidas sobre la mesa aparecen desparramadas por el piso, me pregunto “¿qué pasó?”, pensando que pasó *algo*; por ejemplo, “el viento hizo que se volaran de la mesa”. Pienso en algo físico o mecánico, porque no veo allí ninguna intención. Pero si, en cambio al volver, encuentro las cartas ordenadas en una pila, por sus correspondientes palos y colores, me pregunto “¿quién pasó?”, porque pienso que pasó *alguien*. Se me hace evidente que eso no podría haber sucedido de no mediar una voluntad, es decir, la intención conciente de un sujeto.

Lo psíquico es entonces, lo que tiene sentido (Freud, 1916-17 [1915-17]); y tener sentido, como lo demuestra Chiozza (1976h [1975]), es en última instancia *sentir*. Sentir es lo que nos convierte en un sujeto y nos diferencia de los objetos, a los que consideramos cosas, justamente porque no los consideramos capaces de reconocer las importancias.

Si Neil Armstrong, en su primera excursión lunar hubiera encontrado una lata de Coca-Cola, atrapada entre dos piedras, la certeza de ser el primer sujeto en pisar la luna hubiera naufragado en un mar de dudas. Obviamente no pensamos que la lata sea un sujeto ni que tenga conciencia propia, eso lo reservamos (equivocados o no) a los seres vivos o sólo a ciertos seres vivos; pero pensamos que la lata no existiría como tal, ni hubiera llegado hasta allí, de no haber mediado la intención de un sujeto conciente. Decimos entonces que la lata (y su presencia allí) tiene significado porque nos ha permitido individualizar una conciencia; a un sujeto *significante*. Si la lata está allí –pensaría Armstrong– tiene que haber pasado *alguien*.

De acuerdo con Freud (1915e), para sentir necesitamos de una conciencia que experimente esa sensación; de modo tal que, como subrayé en otra oportunidad (2003e y 2009a [2008]), sentido, sensación, sujeto, conciencia y psíquico forman un todo inseparable donde una cosa implica la otra. Como ya dijimos, si pensamos que hay deseos inconcientes y afectos reprimidos (hiperintensos, actuales, que se expresan a través de acciones, sueños, actos fallidos o síntomas), entonces tiene que haber, en lo inconciente, una conciencia capaz de sentir esos deseos y afectos.

Contrariamente, decidimos pensar que el termostato de la heladera es un objeto y no un sujeto, porque si bien podría afirmarse que *percibe* la temperatura de la heladera y *actúa* en consecuencia, no nos convence pensar que, al termostato, el resultado de su actuar le *importe*. En otras palabras, podríamos aceptar que el termostato puede percibir, pero no creemos que pueda *sentir* y por lo tanto, para nosotros, no es un “alguien” sino solamente un “algo”. Únicamente sentir nos convierte en sujetos, no basta con que seamos capaces de percibir.

Como sabemos, para Freud la percepción es la función principal de la conciencia; Chiozza (2005c [2003]) ha hecho explícito su disenso con Freud en este punto, ya

que para él la sensación tiene, para la conciencia, una importancia no menor a la de la percepción<sup>2</sup>. El camino que he recorrido partiendo de las ideas de ambos autores –que aquí reseño brevemente pero que he fundamentado en otras ocasiones (Chiozza, G., 2003e y 2009a [2008])– me obliga a dar un paso más y afirmar que la conciencia es sensación antes que percepción.

Tanto Freud como Chiozza han sabido comprender la importancia de un aparato de percepción que satisfaga la necesidad de conocer el mundo que nos rodea; tanto para evitar los peligros que nos amenazan como para satisfacer los deseos y necesidades que nos mantienen con vida. Por medio de la percepción conseguimos nada menos que sobrevivir; evitando el displacer y obteniendo placer. De modo que lo dicho por mí de ninguna manera pretende restarle importancia a la percepción. Lo que pretendo subrayar es que para que la percepción pueda tener *importancia* tiene que existir primero la posibilidad de registrar esa importancia; y ese registro es lo que llamamos *sensación*. De acuerdo con Chiozza (2005c [2003]), las importancias no se perciben, se *sienten*. Para que un sujeto tenga la *intención* de conocer el mundo que lo rodea, por medio de su percepción, debe primero *sentir* la necesidad de conocer el mundo; sentir el *deseo* de sobrevivir y el *temor* de morir. De lo contrario no sería un sujeto *animado*. Si existe un órgano de la percepción es porque cumple una función; esa función que no sólo hace al órgano sino que, como subraya Ortega y Gasset (1946), también lo explica, es su finalidad, su *sentido*.

En síntesis, la percepción tiene mucha importancia... *para mí*, en tanto soy un sujeto. También el termostato o la alarma contra incendios tienen mucha importancia, pero sólo para *alguien* capaz de *sentir* la necesidad de utilizar esos objetos. Volveremos sobre esto más adelante.

Como vimos, al explorar el olvido de nuestro paciente recurriendo a la hipótesis de suponer un deseo inconciente, surgió el interrogante acerca de quién siente ese deseo. Este interrogante nos llevó a plantear la idea de una conciencia inconciente en el paciente. Ahora podemos plantear otro interrogante: ¿Quién supone? En otras palabras, quién decide que un olvido sea la expresión de un deseo inconciente y no la consecuencia de una falla del funcionamiento neuronal; quién

---

<sup>2</sup> Dado que los distintos escritos de Chiozza sobre este tema me dejaban algunas dudas sobre su manera de pensar en este punto, tuve ocasión de preguntárselo en una conversación reciente. Chiozza me expresó su opinión tal cual la escribí. En esa conversación también tuve oportunidad de preguntarle sobre Humphrey, autor que yo no he leído y que Chiozza suele citar al hablar del papel de la sensación en la conciencia. En opinión de Chiozza, también Humphrey comparte esta idea que coloca en plano de igualdad percepciones y sensaciones. La cita que mejor refleja nuestra conversación sería, entonces, la siguiente: «Últimamente hemos insistido (Chiozza, 1998m), especialmente a partir de las ideas de Humphrey (1992), en que la sensación de estar percibiendo es un núcleo no menos fundamental que el perceptivo en la constitución de la conciencia» (Chiozza, 2000f, pág. 95).

decide qué es psíquico y qué es somático; quién decide lo que será un objeto y lo que será un sujeto.

Por extraña que parezca la respuesta, el que decide soy Yo –aludiendo, en primera persona a quien esto escribe, pero también a quien esto lee–. En referencia a esto mismo, Ruyer (1974, citado por Chiozza, 2007e, pág. 188) afirma que «*la conciencia es un singular cuyo plural se desconoce*». Yo experimento la mía; puedo suponer que cada semejante experimentará la propia, como me sucede a mí, pero nada puedo afirmar, a ciencia cierta, acerca de una tal conciencia ajena. Con notable lucidez, Chiozza agrega que «*la "falta de prueba" no debilita nuestra creencia en la conciencia de otros seres humanos, sino que, por el contrario, debilita nuestra fe en los alcances de los métodos de verificación*» (2005d [2003], pág. 178).

De todos modos, esto no quita que la existencia de algo así como la conciencia ajena descansa por entero en una suposición. Como señalara Freud (1915e), atribuyo la condición de sujeto conciente por analogía, a todo lo que me resulta igual a mí. Pongamos un ejemplo más: si, en el laboratorio, veo la arquitectura del cerebro de una cucaracha en su simplicidad, puedo pensar que se trata de un conjunto de automatismos que operan de manera refleja a los fines de lograr la supervivencia. Como esos circuitos no me parecen fortuitos, imagino que son producto de una intención conciente que atribuyo, esta vez, a la sabiduría de la Naturaleza, de la Evolución o de Dios; es decir, para mí son el producto de una conciencia, pero no necesariamente la cucaracha es un ser conciente de sí mismo (como ya dijimos con el ejemplo de la lata de Coca-Cola, o del termostato). Para mí, quien *desea* que la cucaracha pueda sobrevivir es la Naturaleza, la Evolución o Dios; pero eso que en ellos veo como un deseo, en la cucaracha me parece una conducta refleja que no implica –ni prueba– la participación de una conciencia. Pero si luego, en la cocina, veo a la cucaracha escaparse cuando intento pisarla, no dudo que se comporta como un semejante: no dudo que *siente* miedo de que la pise y, también, que *sabe* que siente miedo; no dudo que *quiere* escapar y que *sabe* que quiere escapar. Ahora que creo que la cucaracha es capaz de *sentir* afectos y deseos, creo también que es un sujeto *conciente*: Alguien que quiere sobrevivir. Este es el resultado de haber logrado comprender, empáticamente, su conducta en términos de *sentido*; efectivamente, yo también he *sentido* el miedo de morir y el deseo de sobrevivir.

Esta empatía que me permite identificarme con lo observado a partir del sentimiento, y que me lleva a calificar a lo observado como un sujeto dotado de una conciencia como la mía, es un proceso que en otra oportunidad (1999a) denominé *identidad de sentimiento*, en estricta correspondencia a la identidad de pensamiento que describe Freud (1950a [1887-1902]) para la percepción. Si en lugar de identificar, con cierta eficacia, un sentimiento en lo observado, análogo al propio, me limito a proyectar –transferir– mi sensación actual en lo observado,

incurro en un fenómeno que denominé *identidad de sensación*, análogo a la identidad de percepción que describiera Freud (ibíd.). En la identidad de sensación, en lugar de alucinar la presencia de un objeto, "alucino" la existencia de un sujeto. Así sucede, por ejemplo, cuando –impotente y frustrado– me enojo con la computadora imaginando que *ella* no *quiere* abrir el documento en el cual estaba trabajando, y que lo hace *a propósito*, con la intención de perjudicarme.

Quizás podemos pensar, en este punto, que las ciencias basadas en la observación del mundo material son más objetivas que la nuestra; sin embargo reparemos en que también la observación del mundo material la hace un observador a partir de la conciencia propia. Como afirma Freud: «*Todas las ciencias descansan en observaciones y experiencias mediadas por nuestro aparato psíquico; pero como nuestra ciencia tiene por objeto a ese aparato mismo, cesa la analogía. Hacemos nuestras observaciones por medio de ese mismo aparato de percepción*» (Freud, 1940a [1938], pág. 157).

Dicho de manera extrema: si alguien se volviera un nihilista acérrimo, y decidiera creer que todo lo que percibe y siente no es más que un sueño, una ilusión, donde lo único que realmente existe es su conciencia, sería muy difícil (por no decir imposible) convencerlo de lo contrario por medio de algún tipo de demostración objetiva. El concepto mismo de objetividad es subjetivo, en tanto como concepto existe sólo en la conciencia de un sujeto.

Así las cosas, resulta que no puedo dar pruebas objetivas ni de la existencia de la conciencia ajena, ni siquiera de la existencia concreta de los objetos que mi conciencia subjetivamente percibe. Es decir, de lo único que puedo estar seguro es de mí y de mi conciencia; y esto es así porque *siento*. Ninguna otra cosa puede alcanzar en mí ese grado de certeza. Siento que veo, siento que pienso, siento que quiero y también siento que siento. En otras palabras, siento que *soy*. Por este motivo, como sostuve en otra oportunidad (2003e), lo que llamamos conciencia no es otra cosa que una sensación; justamente, la sensación de ser consciente. Descartes afirmaba que la única certeza de nuestra existencia estaba dada por el hecho de pensar; «*pienso, luego existo*», reza su famosa frase. Pues bien, ¿cómo puedo estar seguro de que pienso?, porque *siento* que pienso. Más aun, la misma certeza no es otra cosa que una *sensación*. De modo que más exacto sería decir: *Siento, luego existo*.

Hasta aquí, partiendo del análisis de un simple acto fallido, hemos procurado esclarecer de la manera más sucinta y sencilla posible, la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis y el papel que, en esa hipótesis, desempeña la conciencia. Primero nos ocupamos de la conciencia inconsciente en el paciente; y como ella no es más que un supuesto en el cual el que observa atribuye a lo

observado su misma condición, de allí pasamos a ocuparnos de la conciencia del analista como observador. En lo que sigue procuraremos avanzar un paso más y mostrar qué entendemos por la participación del observador en la *construcción* del fenómeno observado y cuáles son sus consecuencias.

**La construcción del material a interpretar. El observador, el fenómeno y el noúmeno. La cosa *en sí* y la cosa *en mí*. El prejuicio positivista.**

Para lo que sigue, conservaremos el mismo material de nuestro paciente Juan, pero cambiaremos al analista. ¿Qué ocurriría si un segundo analista, en lugar de pensar que Juan ha cometido un acto fallido, piensa que cuando Juan dice que olvidó traer el dinero para pagar al analista, esta *mintiendo*?

Algunas personas, ajenas al psicoanálisis, suelen cuestionar el rigor científico de esta disciplina argumentando que el analista basa sus interpretaciones en lo que el paciente dice sin tener las pruebas necesarias de que lo que ha escuchado es cierto. Tenemos muchos argumentos para refutar esta objeción, mencionaremos dos de ellos. Por un lado podemos decir que lo mismo sucede con la medicina científica natural, y por ese motivo hemos comenzado este ensayo con la cita de Weizsaecker; en efecto, sólo los signos del enfermo podrían considerarse "objetivos" –si es que tal cosa existe independientemente del sujeto que observa–, pero los síntomas ajenos son sensaciones que únicamente se sienten en la conciencia ajena. Sólo el paciente puede decir si le duele o no le duele, y para esto no hay ninguna prueba "objetiva". En la inmensa mayoría de los casos, que el paciente diga que "le duele ahí" basta para que el médico actúe como si eso fuera cierto.

El segundo argumento es que no es del todo exacto afirmar que basamos nuestras interpretaciones en lo que el paciente dice; el proceso es más complejo. Melanie Klein (1957) sostiene que no necesitamos preguntar cómo ha sido la lactancia del paciente ya que durante el análisis, observando cómo el paciente se relaciona con el analista y con las interpretaciones que este le da –es decir la transferencia– constataremos lo que quedó de aquella experiencia pasada con el pecho materno. En otras palabras, basamos nuestras interpretaciones en lo que *sentimos* frente al paciente; frente a lo que dice y lo que hace. Esto que sentimos –nuestra contratransferencia– nos permite identificar lo que siente el paciente –la transferencia–, y esto es, en última instancia, el núcleo de lo que nos proponemos interpretar. Como dijimos párrafos atrás: si de algo podemos estar seguros es de lo que sentimos.

Este procedimiento de utilizar la contratransferencia para determinar qué interpretar al paciente podría parecer algo exclusivo de la técnica psicoanalítica, pero no es otra cosa que la inclusión del observador en la construcción del fenómeno observado, algo que pertenece al acto mismo de observar. Como se desprende de las ideas de Kant, decimos que una cosa *es* blanca sólo por el hecho de que la *vemos* blanca; pero no sabemos cómo se vería esa misma cosa vista por animales cuyos ojos reaccionan a la luz de manera distinta a la nuestra. Más aún, no sólo que mis ojos pueden ver distinto a los de otros, sino que las cosas sólo nos resultan visibles mientras haya luz y tengamos ojos. Si no hay oídos, ¿tiene sentido decir que hay ruidos? Este es el problema de la percepción con la que esperamos conocer un objeto: que en lugar de ser "objetiva", es subjetiva.

Pero si aceptamos que la objetividad pura no existe, ¿entonces todo es subjetivo? ¿No corremos el riesgo de desembocar por este camino en el nihilismo? Si todo es según el cristal con qué se mire, si un analista ve un acto fallido donde otro ve una mentira y un clínico ve una hipertensión donde otro clínico ve un cáncer de riñón, entonces no importa estar equivocado o estar en lo cierto. Vistas las cosas así, la realidad parece un cambalache donde "todo es igual, nada es mejor".

Creo que aquí se desliza un malentendido que no permite apreciar en todo su valor la importancia que tiene el haber comprendido que el observador participa en la construcción del fenómeno observado. Kant no afirma que la cosa no exista, ni tampoco que sea incognoscible; cuando él sostiene que la cosa *en sí* es incognoscible, las palabras "en sí" funcionan como adverbio de "conocer". Para decirlo más claro, puedo conocer la cosa *en mí*, pero no la puedo conocer *en sí* como tampoco la puedo conocer *en usted*. Afirmar que el observador *participa* en la construcción del fenómeno no implica afirmar que sólo participa el observador y no la cosa. A mi entender, la intención de Kant es mostrar que nuestro conocimiento es parcial; que lo que llamamos *fenómeno* no coincide con lo real sino que es un recorte parcial de una realidad más compleja que Kant llamaba el *noúmeno*. En conclusión: Sin observador no hay fenómeno, pero sin noúmeno, tampoco. Obrar acertadamente en la realidad prueba que no estábamos tan equivocados al concebir esa realidad; prueba que nuestra teoría es *aplicable* a la cosa tratada, pero no prueba que la realidad sea, exactamente, como la concebimos; en otras palabras prueba que nuestra teoría acerca de la realidad es útil y acertada, pero no necesariamente cierta.

Estos argumentos tienen mucha lógica y coherencia, incluso se adaptan muy bien a los métodos de las ciencias naturales; pero las implicancias que de ellos se derivan no resultan tan fáciles de aceptar. Para comprender esto mejor volvamos a nuestro ejemplo.

Allí donde el primer analista creía ver un acto fallido, el segundo analista cree ver una mentira. Vistas desde este lugar, las cosas parecen ser bastante distintas a cómo las veía el primer analista. Efectivamente, mientras que para el primer analista hay un primer nivel de conciencia en el que el paciente quiere pagar y un segundo nivel, una conciencia inconciente, en la cual el paciente quiere no-pagar, para el segundo analista, en cambio, el deseo de no-pagar es consciente y el deseo de pagar, en la actualidad de la sesión, no existe como deseo. Dicho en otros términos, allí donde el primer analista veía por un lado a Juan y, por el otro, a Juan', el segundo analista directamente ve a Juan'.

Pero aquí no termina todo lo que el segundo analista puede comprender en su paciente, ya que él también registra un *sinsentido*. En efecto, si Juan no quiere pagar, basta con que no pague (que de hecho es lo que hizo), pero ¿por qué además miente fingiendo una intención de pagar que no tiene y disfrazando el deseo de no-pagar, de un olvido involuntario?

La respuesta a esta pregunta nos lleva a introducir un nuevo nivel de complejidad en nuestro esquema; la separación entre consciente e inconciente que –siguiendo la segunda hipótesis– supusimos como algo que existe en el paciente, e imaginamos como un muro, fijo, perdurable e inmutable, ahora debemos imaginarlo como algo, muchas veces, menos tajante de lo que suponíamos. Existen matices donde las cosas no son ni “del todo” conscientes ni “del todo” inconcientes. Como esquema parece bastante complejo, sin embargo no es difícil de comprender. No es extraño que en ciertas circunstancias, en soledad o frente a ciertas personas, nos atrevamos a reconocer y aceptar ciertos afectos o deseos, que en otros contextos o frente a otras personas, negaríamos tan enfáticamente, que incluso podríamos llegar a convencernos de su falsedad. Bien podría ocurrir que un determinado afecto que en mi casa tengo consciente, en mi sesión, sea inconciente. De modo que vemos una continuidad entre lo que no reconocemos frente a los demás y lo que no nos reconocemos a nosotros mismos. Lo que empieza como falsedad, bien puede terminar como represión.

Lo dicho no implica hacer cambios en la teoría psicoanalítica. Recordemos que Freud (1915e) sostiene que el sentido primario del término inconciente es el descriptivo. El inconciente como sistema, es un concepto metapsicológico que, aunque en muchos sentidos resulte muy clarificador, inevitablemente induce a que lo imaginemos como algo materialmente concreto. Más adelante, en lo que sigue, volveremos sobre esta cuestión.

Retomando ahora nuestro ejemplo, dijimos que en la suposición del segundo analista, el paciente acepta en su conciencia el deseo de no-pagar (incluso podría confesárselo, por ejemplo, a su esposa), pero no se atreve a confesarlo frente a su analista; por eso le miente. Podríamos definir mejor los motivos de esta mentira y decir que el paciente acepta en su conciencia el deseo de no-pagar, pero no las

consecuencias que de él podrían derivarse en su relación con el analista. No aceptar estas consecuencias es también una forma de reprimir, ya que la represión se inicia con una sustracción de investidura, es decir, es un modo de restar importancia. No cabe duda de que si Juan le miente a su analista, lo hace pensando que la diferencia entre no-querer y olvidar no tiene *tanta* importancia.

Ambos analistas ven entonces una represión (sustracción de investidura); mientras el segundo analista piensa que el paciente le miente, el primero piensa que el paciente se miente a sí mismo. Ambos analistas consideran que pagar los honorarios es, para este paciente, motivo de conflicto; ambos comprenden que el paciente siente un deseo de no-pagar que no se atreve a asumir, con todas sus implicancias, en su conciencia. Sin embargo, cada uno construye una teoría diferente de lo que suponemos un mismo hecho. En otras palabras, ambos observadores construyen distintos fenómenos a partir de una misma realidad, el primero un acto fallido, el segundo una mentira. A pesar de esta diferencia, ambas teorías permiten actuar, con cierta eficacia, sobre esa realidad, el noúmeno (que en este ejemplo era el deseo de no-pagar, disfrazado de olvido). En otras palabras, lo que ambos analistas *sintieron* en su contratransferencia –aquello que da *sentido* al “material” del paciente– es el deseo de no-pagar; a partir de allí, cada uno de ellos construyó una teoría diferente para incluir ese deseo en el contexto del material.

Digámoslo de manera más taxativa: Lo que *importa* en la actualidad de la sesión es el deseo de no-pagar que Juan no puede asumir plenamente. Ese deseo está en la conciencia del analista –su contratransferencia– y él lo supone operando en el paciente. Lo demás –la teoría que luego podamos hacer sobre el disfraz de olvido con que se presenta ese deseo, si es un acto fallido o no; si es conciente o inconciente; si Juan miente o reprime–, es lo de menos.

Nacidos y criados en el positivismo materialista, quizás esta conclusión nos deje un poco insatisfechos aún cuando hayamos podido actuar de manera eficaz. Y esto es un sentimiento poderoso que difícilmente podamos cambiar con argumentos. Nos parece que sigue teniendo importancia saber qué pasó *en realidad*. Si Juan “de veras” mintió, pensaremos que el primer analista era demasiado ingenuo; si Juan “de veras” olvidó, el segundo analista quizás fuera demasiado porfiado. Pero cuando queremos saber qué pasó *en realidad*, imaginamos esa realidad como algo que se puede llegar a conocer *en sí*; con independencia de quien observa. Esto nos muestra cuánto más difícil es coincidir con Kant desde el afecto que desde el intelecto. Nuestra cabeza acepta los límites de nuestra capacidad mucho mejor que nuestro corazón.

Pero en este caso nuestro corazón nos guía por un camino equivocado defendiendo una omnipotencia que mejor sería resignar. Quedaría impotente y sin saber qué hacer, un tercer analista que, antes de interpretar, necesitara saber si *en*

*realidad* es un acto fallido en el cuál en algún “lugar” operó la represión –como si se tratara de un mecanismo real–, o si *en realidad* es sólo una mentira en la cual el inconciente *no participa*.

Creo que también a esto se refería Freud cuando decía que gracias al supuesto de un inconciente psíquico el psicoanálisis se erige como ciencia independiente de la biología; porque en última instancia se nos hace muy difícil no imaginar esa realidad última como un evento material que existe independientemente de mí. Nótese que cuando llamamos represión a lo que entendemos por “quitar importancia” estamos utilizando una metáfora física y eso, como dijimos, contribuye a que, inevitablemente, nos imaginemos que algo ha ocurrido *materialmente*; que la represión ahora *está allí* y por lo tanto, a menos que la *levantemos*, seguirá allí como una *barrera* que separa dos lugares (la conciencia y lo inconciente). Hablar, en cambio, de “quitar importancia” podrá sonar menos científico u objetivo, pero nos evita las indeseadas consecuencias de la metáfora física. Al utilizar la metahistoria, todo queda en el ámbito de lo psíquico.

Vale la pena que recordemos aquí que habíamos afirmado que el olvido de Juan *tenía* sentido, sólo con el valor de un *supuesto operativo*; que nuestra hipótesis se haya demostrado acertada y nos haya permitido operar con eficacia, como ya dijimos, no necesariamente es “prueba suficiente” de que la realidad *en sí*, coincida punto por punto con nuestro supuesto. Otros esgrimen otros supuestos a los que también consideran útiles y eficaces; como afirma Weizsaecker: «*tenemos toda la razón al decir: al enfermo se le oculta el sentido de la enfermedad; pero alguien creerá tener motivos para afirmar: el sentido no está oculto porque no se le reconozca, sino porque no existe: las enfermedades son absurdas, carentes de sentido. Esta postura la adopta, prácticamente, casi toda la medicina científico natural*» (1951, pág. 246).

Si los alcances de lo que acabamos de exponer no son evidentes por sí mismos, exploremoslos a través de un nuevo ejemplo; cambiemos el olvido de Juan por un síntoma corporal en otro paciente, Pedro. Elegiremos un dolor de cabeza, pero lo mismo podríamos elegir un dolor de codo; un estado de náuseas o una constipación; una impotencia funcional del brazo, la pierna o el pene.

Antes de proseguir con el ejemplo, quisiera introducir una advertencia: En rigor de verdad, este cambio no sería necesario ya que, como veremos, nada sustancial cambiará. Sucede que analizar un síntoma corporal nos permitirá incluir e identificar “otros sectores” de nuestra teoría, que habitualmente no nos vemos necesitados de aplicar para comprender un simple acto fallido. Pero insisto, como aclararemos más adelante, el cambio no es rigurosamente necesario.

**El síntoma corporal. El capítulo de una biografía y los estratos más profundos de conciencia. El afecto como símbolo de la acción. La doble organización del conocimiento en la conciencia y el dualismo cartesiano.**

Hecha esta aclaración, pasemos a analizar el nuevo ejemplo: el dolor de cabeza de Pedro. Otra vez identificamos dos distintos niveles de conciencia. En el primero y más superficial, Pedro experimenta el síntoma. Como vimos con Juan, tampoco Pedro puede integrar este dolor con el resto de su vida anímica; para él no tiene sentido y por lo tanto piensa que tiene un origen somático. En el segundo nivel de conciencia, otra vez suponemos un segundo Pedro, muy semejante al anterior, que experimenta un afecto del cual el primer Pedro nada sabe; en este caso, un dilema-problema insoluble (Chiozza y colab., 1991d [1990]).

Tampoco aquí se trata de una conciencia muy lejana a la anterior; no es un nivel de conciencia que corresponda a las neuronas ni a las arterias del cerebro. En el ejemplo anterior, supusimos que el acto fallido de Juan se anudaba al episodio biográfico en el cual el analista lo había hecho esperar. Ahora, en el caso de Pedro, imaginemos, por ejemplo, que el analista le comunica a Pedro que va a aumentar los honorarios; acto seguido, luego de un breve silencio, Pedro dice que le duele la cabeza. Nuestra suposición de distintos niveles de conciencia consiste en decir: Mientras que un "primer Pedro", frente a la noticia del aumento, siente un dolor de cabeza, un "segundo Pedro" –inconciente para el primero– frente a esa *misma* noticia, siente un dilema-problema insoluble. Por ahora no necesitamos recurrir a la conciencia de las neuronas o de las arterias cerebrales, ya que ellas nada saben de honorarios ni aumentos.

A esto se refería Freud (1895d,1926d) cuando decía que el síntoma es una reminiscencia de algo que el paciente vivió; en nuestro ejemplo, la noticia del aumento. A esto se refiere Chiozza (2007a [1986-1997-2007]) cuando afirma que el síntoma representa un capítulo de la biografía del paciente. Para referirse metapsicológicamente a esta vivencia capaz de desencadenar el síntoma, Freud recurre al concepto de conversión mnémica; en la teoría de Chiozza encontramos que el concepto de resignificación secundaria desempeña la misma función (Chiozza, G., 1994b).

Pero también ambos autores subrayan que el síntoma no sólo simboliza a un particular acontecimiento de la vida del enfermo, sino también al afecto específico que ese acontecimiento despertó en él. Freud (1895d) alude a esto diciendo que el síntoma corporal es el producto de una conversión por simbolización; Chiozza

diciendo que el síntoma corporal expresa una fantasía inconciente específica (Chiozza, G., 1996d). Aquí nos vemos tentados a subrayar una diferencia entre el ejemplo de Pedro y el de Juan.

Suponemos que en el ejemplo de Pedro hay algo que falta en el ejemplo de Juan. Decimos que el dolor de cabeza expresa una fantasía inconciente específica, y que ninguna de las conciencias de Pedro consideradas hasta ahora (ni la del "primero", ni la del "segundo") serían capaces de crear este particular síntoma para representar, específicamente, ese particular afecto. Los niveles de conciencia que habíamos considerado hasta ahora, estaban vinculados a un sujeto que puede decir "yo soy Pedro" y que son capaces de entender sobre honorarios y aumentos, pero nada saben de cuestiones como irrigación del cerebro, modulación de sustancias vasoactivas o liberación de neurotransmisores. Tampoco necesitan saberlo, dado que utilizan de manera inconciente un saber que no han adquirido en primera persona. De modo que para crear un síntoma corporal, suponemos que tienen que haber participado otros estratos de conciencia, más profundos. Por ejemplo, una conciencia que atribuimos al órgano, considerándolo un sujeto intencionado cuyas acciones persiguen un fin.

De la misma opinión, Freud se inclina a pensar que no ha sido el paciente quien ha creado sus síntomas a partir de su conocimiento de los usos del lenguaje; en su opinión: *«hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá [la histeria] no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común»* (Freud, 1895d, pág. 193).

En este punto me veo tentado a introducir una digresión para retomar ideas que expresé en un trabajo anterior (Chiozza, G. 2000a). Como sostiene Chiozza (1976h [1975]), el afecto y la acción integran una serie complementaria según la cual, el afecto surge cuando la acción no alcanza la eficacia necesaria. La función del afecto –agrega Boari (1999)– es justamente la de señalar esa ineficacia, con miras a un obrar más eficaz que cancele ese mismo estado afectivo. Como sabemos, los afectos (al igual que los deseos y los síntomas) son un conjunto de sensaciones que nuestra conciencia registra y conceptualiza de tal modo. Pero reparemos en el hecho de que "eso" que en nuestro nivel de conciencia registramos como sensaciones, coincide con lo que, en los estratos más profundos de conciencia (la conciencia de órgano, por ejemplo) llamamos acciones. De modo que el afecto, cuyo fin es señalar la ineficacia de la acción, visto desde otra perspectiva es, en sí mismo, una acción; sólo que como acción pertenece a un sujeto (conciente de sí) que "me habita" y del cual no tengo conciencia (inconciente para mí).

En otras palabras, lo que el órgano –como sujeto– hace, a mí me afecta. Esta interesante relación me llevó a afirmar que lo que el órgano me hace (eso que en el órgano *percibo* como acción, pero que en mí *siento* como afecto), bien mirado,

es lo mismo que debería hacer yo, en el mundo, para lograr la eficacia deseada. De modo que podemos decir que el afecto es un símbolo de la acción eficaz. El afecto es, entonces, un conjunto de acciones en mi cuerpo que experimento como un conjunto de sensaciones y que representa, específicamente, a las acciones eficaces que yo debería llevar a cabo en el mundo. Por ejemplo, la vergüenza que percibo como rubor y siento como calor es, en el cuerpo una acción de vasodilatación que, como intención, busca revitalizar los tejidos integrándolos a la circulación general. Todo eso, visto como lenguaje de órgano, me habla de la necesidad de *actuar* del mismo modo: revitalizándome; integrando aspectos que mantenía disociados por juzgarlos vergonzosos.

Como si a través de las sensaciones que llamamos afectos, el cuerpo nos estuviera hablando –en su particular lenguaje de órgano (Freud, 1915e; Chiozza, 1991c [1989])– y diciéndonos qué hacer en nuestra vida. Quizás para ilustrar esta idea, el ejemplo del dilema-problema insoluble de Pedro no sea el más adecuado (dado el estado actual de nuestro conocimiento sobre ese afecto), pero apelando a la benevolencia del lector, con un poco de ingenio podríamos imaginar que la distribución del flujo sanguíneo cerebral, con toda su riqueza de oxígeno y nutrientes, le esté tratando de decir a Pedro algo sobre cómo decidir la distribución de sus ingresos para poder proseguir con su tratamiento, ahora que el analista ha aumentado sus honorarios.

Como sabemos Freud (1950a [1887-1902]) sostiene que el afecto, al que considera en principio una descarga, adquiere secundariamente en la asistencia ajena, la importantísima función de la comunicación con el otro. De modo que lo que afirmamos no es otra cosa que suponer que esa descarga primaria ya es, en sí misma, una comunicación conmigo mismo; con mi cuerpo. El afecto es “la palabra” con la que el cuerpo –como sujeto– me habla. Sus acciones me afectan y me comunican qué hacer, porque, de igual modo mis acciones, lo afectan a él. Lo que yo registro como *sensaciones* de la serie placer-displacer, son las *acciones* con las que él califica mi obrar, en función de si mis acciones son beneficiosas o perjudiciales para él. (Hasta aquí coincidimos con lo planteado por Boari.) Pero el afecto no sólo es placer o displacer; es una acción corporal específica, que mi conciencia registra como una sensación específica que, a su vez, me habla de una acción específica. Vistas así las cosas, si mi cuerpo es un “sujeto” que se comunica conmigo por medio de afectos (en lugar de palabras), el misterioso salto de la mente al cuerpo sería comparable al salto misterioso que veo en mi comunicación con el otro; con la conciencia ajena (tema sobre el cual se ha renovado el interés a partir del descubrimiento de las neuronas espejo). Por este camino coincidiríamos con lo planteado por la filosofía oriental (si mis escasos conocimientos en esta disciplina no son errados) según la cual lo externo y lo interno se representan mutuamente. Así el afecto que, al decir de Freud (ibíd.), secundariamente es comunicación con las otras personas de mi entorno, primariamente es

comunicación conmigo mismo; o mejor, con mi propio cuerpo, considerándolo como si fuera una persona; un sujeto que me habla en su particular lenguaje.

Finalicemos aquí esta digresión a la que nos condujo el considerar los estratos más profundos de conciencia y retomemos el análisis del síntoma corporal de Pedro en donde lo habíamos interrumpido. Nuestra teoría nos dice que el afecto que el "segundo Pedro" siente, el "primer Pedro" lo reprime, pero a diferencia de lo que supusimos con Juan, en el caso del síntoma corporal la represión actúa de una manera especial: desestructurando la clave de inervación del afecto.

Como decíamos párrafos atrás, aquí parece que hemos dado con una diferencia importante; algo que tiene el caso de Pedro y que falta en el de Juan. Ni la conciencia de Juan ni la de Pedro registraron los afectos conflictivos del caso. Pero mientras que el enojo de Juan se expresó a través de un *acto sintomático*: el olvido, el dilema de Pedro, en cambio, se expresó a través de un *síntoma corporal*: el dolor de cabeza. Nos parece que el dolor de cabeza de Pedro ha sido construido en un estrato de conciencia mucho más profundo que el olvido de Juan. El afecto inconciente, *reprimido* en el caso de Juan, en el caso de Pedro ha sido *patosomáticamente desestructurado* en su clave de inervación. Es en esto en donde creemos ver una diferencia especial y por esto cambiamos el ejemplo del acto fallido por el del síntoma corporal.

Pero como anticipé, este cambio no era estrictamente necesario ya que la diferencia no radica en una cualidad *óptica*, es decir, de la genuina naturaleza de los síntomas. La diferencia sólo atañe a nuestra manera de *concebirlos*. En esto radica la idea de la doble organización del conocimiento en la conciencia.

Me explicaré mejor: Llamamos síntoma corporal a un dolor de cabeza o de codo porque damos por sentado que el dolor (una sensación o un afecto, es decir, algo psíquico) es *producto* de una alteración *somática* que *verdaderamente* ocurre en algún lugar del cuerpo (una arteria cerebral o un ligamento de una articulación). En otras palabras, como subrayan Chiozza y colaboradores (1996e [1995]), diferenciamos el dolor físico del anímico por la teoría que hacemos acerca de su origen; pero el dolor es siempre psíquico: una sensación en la conciencia.

Ahora cabe que nos preguntemos: esa interpretación que hacemos acerca del "origen" *físico* del dolor y a partir de la cual consideramos al dolor de cabeza como un síntoma *orgánico*, ¿no es la misma interpretación que, antes de Freud, los psicólogos de la conciencia hacían del acto fallido cuando lo suponían un *producto* de una alteración en el funcionamiento neuronal; el supuesto concomitante somático?

Consecuentes con las afirmaciones de Chiozza (1995O), categorizamos como somático aquello en lo que no podemos comprender un sentido. Hoy resulta difícil encontrar alguien que, en materia de actos fallidos, niegue las afirmaciones de Freud; pero comprendemos por qué, antes del psicoanálisis, para los médicos y los psicólogos de la conciencia, un acto fallido *tenía que ser* una alteración de alguna función del cuerpo. Justamente, por eso lo llamaron *fallido*, porque si hubieran sido capaces de identificar un sentido, una intención, lo habrían considerado, como cualquier acto, un propósito de la voluntad.

Del mismo modo, para nosotros hoy, un dolor de cabeza es una alteración somática, por ejemplo, de la irrigación cerebral. Pero, no obstante esta primera impresión, fieles a nuestra segunda hipótesis, suponemos lo psíquico genuino en aquello que, a primera vista, nuestra conciencia registra como somático. Y cuando, gracias a este supuesto, logramos interpretar un dolor de cabeza como un dilema-problema insoluble (es decir, como un afecto inconciente) lo hacemos desaparecer habiéndolo tratado como si fuera psíquico; y no somático. De ahí que pensemos que ese dolor, en sí, no sea ni psíquico ni somático.

Aunque sabemos que a muchos otros les cueste creer que algo que consideran *realmente orgánico* pueda desaparecer por medio de *meras palabras*, y que puestos frente a esa experiencia, antes que cambiar sus creencias positivistas, prefieran dudar de la *verdadera naturaleza orgánica* del síntoma (como de hecho ha sucedido con la histeria), ese no es nuestro caso. Luego de ver lo que ocurrió con Sonia (Chiozza y colab., 1985a) o con Milena (Chiozza, 1995P), hemos acostumbrado nuestras espaldas a inclinarse frente a las verdades del psicoanálisis. El hecho de que, como psicoanalistas, adoptemos el supuesto de que algo que se nos presenta como somático es lo psíquico genuino, –como aclara Chiozza (1976g [1975])– no implica afirmar que, por ser psíquico, *deje* de ser somático. En esto radica el valor de haber salido del dualismo cartesiano; así conseguimos evitar el misterioso salto de la relación mente-cuerpo. Pensamos que tanto lo que llamamos psíquico como lo que llamamos somático son sólo “apariencias” que adopta en nuestra conciencia algo que, en sí mismo, es más complejo. Por este motivo, el mismo Freud (1915e) compara su concepto de inconciente con la cosa de Kant, incognoscible en sí misma.

Exactamente el mismo análisis que hicimos para el dolor de cabeza de Pedro, podríamos hacer, punto por punto, en el caso del acto fallido de Juan si nos dispusiéramos a verlo como un síntoma corporal; si quisiéramos comprender *la alteración en el funcionamiento de las conexiones neuronales*, “presentes” en el olvido. Al fin y al cabo, esta manera de concebir el olvido no resulta tan inverosímil si recordamos que aquello que nosotros conocemos como empatía –y concebimos como el “producto” de un “mecanismo” psíquico que llamamos identidad de sentimiento–, desde la perspectiva de las neurociencias es el “producto” de un

mecanismo físico al que llaman activación de las neuronas espejo (Iacoboni, 2008).

Es cierto que los psicólogos de la conciencia aún no han *demostrado* que en el olvido de Juan haya alteraciones *reales* del funcionamiento neuronal; pero tampoco el analista de Pedro demostró las alteraciones somáticas que supuso en el dolor de cabeza (referido por Pedro) y que tan rápidamente dio por ciertas. Si eso no nos detuvo antes, tampoco debería detenernos ahora.

Pensaríamos, entonces, que el *trastorno material* en las conexiones neuronales de la memoria correspondería a la desestructuración de la clave de inervación del afecto que Juan no tolera en su conciencia. Y en esa alteración material (del órgano o de la función) también veríamos la participación de los mismos estratos profundos de la conciencia que supusimos participando en el dolor de cabeza de Pedro.

Caemos ahora en la cuenta de que cuando, gracias a Freud, pudimos comprender el sentido psíquico del acto fallido, dimos por supuesto que aquellos que lo suponían como el resultado de un trastorno de las conexiones neuronales estaban *realmente* equivocados. Nacidos y criados en el dualismo, dimos por seguro que si, *en realidad*, el acto fallido de Juan era psíquico, entonces no podía ser, al mismo tiempo, somático. Porque en el dualismo, "una cosa es una cosa y otra cosa es otra cosa". Pero si abandonamos el dualismo y somos consecuentes con lo que sostiene Chiozza, considerar un acto fallido como algo psíquico, no implica negar la posibilidad de considerarlo, *también*, somático. Si psíquico y somático son sólo categorías de la conciencia, poco podemos afirmar acerca de la verdadera naturaleza en sí, de lo que la conciencia no puede registrar. Esto es: el inconciente como la *cosa* kantiana.

Incluso más allá de considerar una alteración en las conexiones neuronales, la participación de un tercer nivel de conciencia, más profundo, resulta innegable si pensamos que el olvido de Juan, como síntoma, no es menos típico y universal que el dolor de cabeza de Pedro o un infarto de miocardio cualquiera. Efectivamente, no pensamos que sea Juan quien creó la idea de recurrir al auxilio del olvido para resolver un conflicto entre el deber y el querer. Porque si así fuera, el analista no habría podido comprender el "no querer" en el olvido de Juan. Lo mismo ocurre con aquellas temáticas universales que enriquecían el significado del olvido de Juan, y que dejamos de lado a los fines de simplificar el ejemplo; me refiero a la rivalidad nacida del Complejo de Edipo.

Se podría objetar que en el caso de Juan, pudimos llevar la interpretación a buen puerto sin necesitar la consideración de esos estratos profundos de conciencia que pretenden explicar la alteración somática "presente" en el síntoma. Pero si pensamos que para interpretar necesitamos reunir en una misma conciencia

aquello que identificamos como los dos primeros niveles de conciencia, cabe que nos preguntemos ¿era necesario recurrir a ese estrato profundo para interpretarle a Pedro? ¿O será que recurrimos a él por nuestra necesidad de explicar cómo un dolor de cabeza puede expresar un dilema?

Creo que son estos mismos prejuicios positivistas los que nos llevan a necesitar explicaciones metapsicológicas, en términos de tónica, dinámica y economía; y nos cuesta recordar que la metapsicología sólo nos ofrece metáforas, pese a que Freud (1915e) nos advierte que a lo psíquico no se le aplica el concepto de lugar y que la metapsicología puede ser desechada sin daño alguno porque no es la base del edificio psicoanalítico sino su coronamiento. A menudo nos vemos tentados a pensar que esas metáforas metapsicológicas son mecanismos concretos que realmente ocurren en algún lugar. De la misma opinión, Weizsaecker (1951, pág. 253) sostiene que «*el médico utiliza preferentemente aquellos conceptos que se han desarrollado en las ciencias naturales modernas, o sea, espacio, tiempo, calidad y causalidad. El médico moderno está educado (no formado) en lo científiconatural. Por consiguiente, transfiere una imagen del mundo científiconatural al hombre enfermo, incluso si, por lo demás, el enfermo renuncia a esta transferencia.*»

Es mucho más sencillo y rápido hablar de represión que imaginar, en todo el espesor de su significado, lo que representa el *restar importancia*. Pero cuando, en lugar de utilizar el lenguaje de la vida, recurrimos a la metapsicología y pensamos en la represión, como dijimos, es difícil no incurrir en el error de imaginar que algo *realmente* ha sucedido en algún *lugar*.

Análogamente, nos cuesta pensar en la desestructuración patosomática de la clave de inervación como un concepto, una metáfora; nos vemos tentados a suponer que se trata de un mecanismo *real*, algo que *realmente* ocurre en un lugar del cuerpo. Pensamos que la clave afectiva por donde el cerebro inerva los puntos corporales que configuran el conjunto de sensaciones que llamamos afectos se *descompone; se desestructura; se altera*. Una vez alterada la clave, el afecto ya *no puede* descargarse en forma normal, hasta que nuestra interpretación (o algo análogamente eficaz) restablezca su *estructura* normal.

Varios argumentos nos muestran los inconvenientes de tomar a la desestructuración patosomática del afecto como un mecanismo que realmente se produce en algún lugar. Veamos algunos de ellos: a) No todas las funciones corporales que utilizamos para comprender el sentido de los afectos son "verdaderas inervaciones"; por ejemplo, la disminución de la hemoglobina de los glóbulos rojos que suponemos en la clave de *inervación* del afecto expresado en la anemia; la indolencia (Chiozza y colab., 2008d [2007]). Lo mismo vale para la disminución de linfocitos en el sentimiento de impertinencia (Chiozza y colab., 1996c [1995]). b) Para la gran mayoría de afectos surgidos de nuestras

investigaciones (como la impropiedad, la impertinencia, la indignación, la ignominia, el desaliento, etc.) no podemos más que describir un único elemento de lo que, por otra parte, consideramos una clave compuesta por varias y diversas inervaciones. c) Cuando se intentó estudiar cómo estaban compuestas las claves de los distintos afectos con la esperanza de poder inferir, a partir de esas inervaciones, cuáles trastornos orgánicos estos afectos podían representar específicamente, la investigación, valiosa en otros aspectos, no pudo satisfacer esas expectativas. d) Si aquella parte del cuerpo que identificamos como "clave de inervación" estuviera *físicamente* desestructurada –allí donde sea que se encuentre–, entonces, en ningún caso, situación o contexto podríamos sentir ese afecto porque el cerebro se vería imposibilitado de conducir a través de ella las inervaciones correspondientes a ese afecto; y sin embargo observamos con frecuencia la situación en la que alguien siente miedo y a la vez tiene diarrea o extrasístoles, síntomas que no dudaríamos en conceptualizar como el producto de la desestructuración patosomática de la clave de inervación del afecto miedo. e) La idea de una clave desestructurada que impide sentir un afecto en la conciencia, no se armoniza con la idea de que los afectos reprimidos tienen actualidad, se expresan y son sentidos como afectos en un distinto nivel de conciencia (por ejemplo el dilema que Pedro reprime y, a la vez, siente en su conciencia inconciente). f) Consideramos, por ejemplo, que el cáncer, por ser una enfermedad somática, es el resultado de la desestructuración de un afecto específico y consideramos también que lo propio ocurre, por ejemplo, en los trastornos renales con un afecto igualmente específico pero distinto al del cáncer. Cuando pensamos en un cáncer de riñón, comprendemos que se trata de un mosaico de fantasías en el cual, cáncer y riñón, aportan sus matices específicos. Si bien esto no resulta difícil de imaginar en el ámbito del psiquismo (metahistoria), pensarlo en términos de mecanismos físicos donde dos afectos se desestructuran al mismo tiempo, resultaría muy complejo.

Como sostuve ya hace muchos años (Chiozza G., 1993a) el concepto freudiano de conversión ha sido muchas veces confundido con un mecanismo cuando, a mi entender, se trata de un instrumento teórico que le permitió a Freud continuar avanzando en la comprensión psicoanalítica del sentido de los síntomas corporales *como si* ese aspecto de la relación mente-cuerpo estuviera resuelto. Pero como muy bien afirma Chiozza (1980c [1977-1978-1979]), «*en mérito de las ideas que el propio Freud desarrollara (...) sólo puede ser mantenido si lo utilizamos en un sentido figurado o metafórico. Lo dudoso consiste en suponer que haya algo que en **sí mismo**, más allá de su apariencia consciente, deje de ser psíquico para comenzar a ser somático o viceversa*».

En mis investigaciones sobre la teoría psicoanalítica del síntoma corporal me sorprendió encontrar que en las pocas ocasiones que Freud intenta describir en qué podría consistir la conversión, recurre a una explicación muy semejante a

cómo Chiozza describe la desestructuración patosomática del afecto (Chiozza, G., 1994b). Cito a continuación dos fragmentos que reflejan lo dicho:

*«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. En parte persistían como unos lastres duraderos de la vida anímica y fuentes de constante excitación; en parte 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).*

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

Una de las conclusiones a las que me llevó la investigación realizada es que, en la teoría de Freud sobre el síntoma corporal, el concepto de conversión cumple la misma función que el concepto de desestructuración patosomática del afecto en la teoría de Chiozza sobre la enfermedad orgánica. De modo que, parafraseando al propio Chiozza al hablar sobre el concepto freudiano de conversión, podríamos

decir que el concepto de desestructuración patosomática del afecto, “en mérito de las ideas que el propio Chiozza desarrollara, sólo puede ser mantenido si lo utilizamos en un sentido figurado o metafórico. Lo dudoso consiste en suponer que haya algo que en *sí mismo*, más allá de su apariencia consciente, se desestructure *realmente* en algún misterioso lugar del cuerpo”.

Veamos esto mismo en un ejemplo que, gracias a la perspectiva que da el tiempo, nos resultará más claro: Tiempo atrás, en los albores de la psicopatología chiozziana, aun luego de haber formulado Chiozza su teoría de la doble organización del conocimiento en la conciencia, nos costaba creer que un conflicto psíquico pudiera *verdaderamente* alterar la anatomía corporal y producir, por ejemplo, un cáncer de riñón o un quiste de ovario. Nuestro corazón seguía siendo dualista y necesitaba una explicación. A partir de este prejuicio, supusimos que a diferencia de los síntomas psíquicos, en los síntomas físicos la regresión al punto de fijación se situaba en las etapas prenatales del psiquismo; aquellas en las cuales esa anatomía se había *estructurado*. De modo que sólo por medio de esta regresión –pensábamos– el conflicto adquiriría la *capacidad patoplástica* imprescindible como para poder alterar la estructura anatómica corporal (Chiozza, 1981j). Así terminábamos pensando que esa supuesta “capacidad patoplástica” que habíamos concebido teóricamente, era algo concreto, que existía en el psiquismo prenatal y faltaba en el postnatal. Y ahora nos da curiosidad saber qué hubiéramos respondido en aquel entonces si nos hubieran preguntado por las alteraciones físicas de las enfermedades respiratorias, o de los huesos, o incluso de la patología somática de la boca.

Como sostiene Chiozza (1980f), uno sólo cree en lo que ha experimentado muchas veces. Ya ha pasado mucha agua debajo del puente que nos separa de aquellos primeros tiempos; y en todos esos años hemos visto muchas cosas. Como dice el poeta, «*Nosotros, los de entonces, ya no somos los mismos*». Aquel concepto, por desuso, hoy ha caído en el olvido. Nada debemos reprocharnos; hacer teoría es crear conceptos para satisfacer necesidades y así poder seguir avanzando en el conocimiento. Mucho peor hubiera sido descartar las experiencias por juzgarlas imposibles, a partir de los inevitables prejuicios dualistas. Y si ver el pasado nos suscita estas reflexiones, ¿no podríamos conjeturar un futuro en el que ya no necesitemos explicaciones para entender cómo lo psíquico se las arregla para *producir* lo somático?

Como anticipamos, nada sustancialmente distinto ha arrojado el análisis del síntoma corporal de Pedro que no pudiéramos aplicar al caso del olvido de Juan. En ambos casos hemos identificado un primer nivel de conciencia en la que se registra el sinsentido y que por lo tanto sugiere, en el mismo paciente, la idea de

algo somático. Juan experimenta el olvido, Pedro, el dolor de cabeza. En el caso de Pedro, el analista comparte esta idea de algo somático; en el caso de Juan, sólo los psicólogos de la conciencia pensarían en algo somático frente a un olvido; un psicoanalista, no.

Este primer nivel de conciencia, en el paciente, es aquel al cual se refiere Freud, en lo más explícito, como algo *distinto* a lo genuinamente psíquico, inconciente. Dice Freud: "*¿Qué papel resta en nuestro esquema a esa conciencia antañón todopoderosa y que todo lo recubría? Ningún otro que el de un órgano sensorial para la percepción de cualidades psíquicas*" (Freud, 1900a [1899], pág. 603). "*En cuanto a lo que llamamos «conciente», no hace falta que lo caractericemos; es lo mismo que la conciencia de los filósofos y de la opinión popular. Todo lo otro psíquico es para nosotros lo «inconciente»*" (Freud 1940a [1938], pág. 157).

También, a partir de la segunda hipótesis, identificamos en el paciente un segundo nivel de conciencia (inconciente para el primer nivel) en la cual adquiere sentido, lo que hasta entonces parecía no tenerlo. Ese sentido se comprende ahora en el contexto de las vivencias particulares en las cuales el paciente está inmerso. Corresponde a la idea del síntoma como reminiscencia, como capítulo de una biografía, como conversión mnémica y como resignificación secundaria. Corresponde a lo que consideramos individual u ontogenético. En este nivel, un "segundo" Juan *siente* lo que Juan reprime: enojo y deseos de venganza por la espera y también, el deseo de demorar el pago. En este nivel, un "segundo" Pedro *siente* lo que Pedro reprime: un dilema problema insoluble, frente al aumento de honorarios.

También, en ambos casos, para comprender el síntoma del paciente, identificamos un tercer estrato de conciencia más profundo correspondiente al sujeto capaz de *crear* el síntoma como símbolo del afecto. Este "tercer sujeto", al que no llamaríamos Juan ni Pedro sino aquel que ejerce la función cuyo trastorno explica el síntoma, es el que se expresa "en lenguaje de órgano". Corresponde a lo que suponemos típico y universal; lo heredado filogenéticamente. A esto aluden los conceptos de conversión por simbolización y fantasía inconciente específica. Dijimos también que los conceptos de conversión y desestructuración patosomática de la clave de inervación del afecto, intentan *explicar*, al modo de metáforas, cómo algo psíquico se expresa en lo corporal. Las neuronas de Juan fallan para expresar su "no querer"; las arterias cerebrales de Pedro se dilatan para expresar su dilema.

Destaquemos un dato de importancia sustancial: la interpretación siempre debe ir dirigida a la conciencia del sujeto que suponemos en el segundo nivel. Sabemos que de nada serviría comunicarle al paciente el significado específico de sus síntomas (fantasía específica universal), tal cual surge de nuestras investigaciones, si no podemos mostrarle el sentido del afecto en el contexto individual de sus propias vivencias (capítulo de una biografía, reminiscencias). En otras palabras,

mostrarle el afecto como *él* lo siente. En síntesis, nuestra tarea es integrar los dos primeros niveles de conciencia en uno. Solo así, lo que el paciente experimenta como sinsentido (lo somático) "desaparece", "cambia", o se "transforma" en algo pleno de sentido (lo psíquico). Sólo así, el síntoma deja lugar al afecto.

**La histeria y lo genuinamente somático. La hipocondría y el lenguaje de órgano. La historia y la temática universal. Cantidad y cualidad. La realidad.**

Para completar esta correspondencia entre el caso de Juan y el de Pedro, faltaría explorar para el caso de Pedro algo que ya exploramos en el caso de Juan: la situación en la cual otro analista, diferente al primero, frente al mismo material, cree que el paciente *miente*. Supongamos entonces un segundo analista que cree que Pedro *dice* tener un síntoma a sabiendas que no lo tiene. Intuye y cree que a Pedro no le duele la cabeza, no cree que *verdaderamente* haya alguna alteración material en el cuerpo de Pedro.

Esta circunstancia, aunque no imposible, nos parece un poco extraña porque en general, como afirma Weizsaecker (1951), solemos dar por sentado sin más, lo que el paciente dice. Entonces, ¿cuál es el objeto de detenernos en el análisis de una situación tan infrecuente? Creo que nos servirá si pensamos en la consideración que tan frecuentemente se hace de los síntomas de la histeria de conversión como algo distinto a lo *realmente somático*. (Si bien, a diferencia del paciente que miente, el "histérico" *cree* tener un síntoma corporal –o eso es lo que opina el que observa– lo que nos importa explorar es la situación en la cual pensamos que "allí" no hay nada *verdaderamente* somático.)

Recientemente di con una cita de Weizsaecker en la que el autor se refiere a la misma cuestión: cada vez que intuimos que el síntoma tiene sentido nos surge la duda de si el síntoma corporal es un engaño o una simulación, que el paciente realiza "a conciencia", o si, en cambio, se trata de un autoengaño; un mentirse a sí mismo donde lo inconciente engaña a la conciencia. En la cita, Weizsaecker se refiere a una paciente que, luego de ser curada de un trastorno poliartístico, comienza a padecer un grave y extraño trastorno en la marcha que, al no poder hacerlo coincidir con ninguno de los cuadros típicos conocidos, se lo considera un trastorno histérico. La transcribo a continuación:

*«Para comprender una histeria debemos examinar, junto con el Qué, también el Por qué y del Por qué deducir el Qué.»*

*»Más de uno de nuestros pacientes tenía motivos para desear una permanencia lo más larga posible e incluso ilimitada entre los muros del hospital. Nuestra pequeña yugoeslava podía contarse entre ellos. No esperaba nada bueno fuera del hospital. Sufriendo un trastorno tan intenso de la marcha, no podía dársele el alta, logrando con ello un motivo bien fundado para evitar la miseria en que está sumido su hogar y un medio en sí misma para desterrar lo insoportable de la conciencia. Todo es tan transparente que una*

*persona inteligente descubriría el autoengaño y no podría verse afectada por una histeria de base tan primitiva. Pero en el caso de nuestra paciente es absolutamente imposible decidir si es inteligente o necia. Pertenece a una clase de personas en las que no cabe tal distinción. Si fuese inteligente, su forma de caminar produciría el efecto de una simulación, pero en ella no suscita crítica, sino compasión» (1951, pág. 241).*

Como vimos con la mentira de Juan sobre el olvido, aquí también tiene más importancia el *contenido* de la mentira que el hecho mismo de mentir. Como dijimos, mentirle al analista es también un modo de mentirse a sí mismo; una manera de restarle importancia a las consecuencias indeseables que pudiera tener la verdad. En otras palabras, mentir es una manera de reprimir. Ahora podemos preguntarnos ¿por qué Pedro ha elegido mentir con este síntoma y no con otro?

De acuerdo con Chiozza (1991c [1989]), Freud (1915e) conceptualiza esta situación mediante el concepto de hipocondría y lo ilustra con el dicho esquizofrénico de la paciente de Tausk. Sostiene que en la misma situación en la cual una histérica hubiera torcido realmente los ojos, la esquizofrénica dice “los ojos están torcidos” cuando se ve que no lo están. Como sostiene Chiozza (ibíd.), la paciente no hablaría del órgano si este “no le hablara” a ella. Y lo que el órgano dice cuando habla es un contenido particular que consideramos propio y específico de ese órgano. Ese contenido específico es una fantasía específica que concebimos centrada en torno a un afecto; el mismo afecto que debemos interpretar... En efecto, la paciente de Tausk se sentía engañada por el novio. Teorías a parte, se trata del mismo afecto que deberíamos interpretar a la paciente histérica, imaginada por Freud, que hubiera torcido los ojos.

Cuando pensamos en el afecto, con su clave de inervación heredada, solemos pensar en lo filogenético; en algo que escapa a esos estratos más superficiales de conciencia y que obedece a la intención de un sujeto que, para crear ese afecto, dispone conscientemente de la sabiduría que anima el funcionamiento del cuerpo. Contrariamente, cuando pensamos en la situación dramática capaz de engendrar ese afecto, pensamos en algo individual, que pertenece a la biografía del paciente, única e irrepetible. Sin embargo, recordemos que Chiozza (2000c [1991-2000]) ha subrayado que las historias se estructuran en torno a temáticas que son universales. Si no hubiera situaciones típicamente ignominiosas o desalentadoras, como observadores, nos sería imposible reconocer en ellas la ignominia o el desaliento típico que dota a la historia de su particular sentido. O si se quiere, lo verdaderamente único, individual e irrepetible de esa historia, escapa por completo a mi capacidad como observador de captarlo y comprenderlo; sólo puedo percibir y comprender aquello que, de esa situación, me es afín –y que por eso considero específico–. De modo tal que, como sostuve anteriormente (Chiozza, G., 1994b,

1996d), en lo que somos capaces de percibir y comprender, lo universal y lo individual forman un todo, que sólo podemos separar artificialmente. Describir una ignominia, no es otra cosa que describir una situación ignominiosa.

Exploremos otro ejemplo: Cuando alguien dice "esa situación es como para morirse de un infarto" no lo dice porque haya visto morir de un infarto a muchas personas en situaciones análogas. Lo dice porque intuye que si en una situación así, alguien se muriera de un infarto, el hecho tendría *sentido*. Intuye que esa situación despertaría en cualquiera que la viviera un afecto tan insoportable que, al que le tocara sentirlo, le darían ganas de "morirse de un infarto". Para él, esa muerte por infarto dejaría entonces de ser un evento físico, para convertirse en algo que es obra de una voluntad: la realización de un deseo, a partir de un afecto. De modo tal que tanto en palabras como en actos, "morirse de un infarto" es un símbolo específico de un particular afecto (o deseo)<sup>3</sup>.

Obviamente no es lo mismo decir: "me quiero morir", que morirse; pero cuando fieles a nuestra segunda hipótesis vemos en la muerte un deseo de morir, la diferencia se transforma en una cuestión de grados; de cantidad y no de calidad. También es cierto que, a partir de una cierta cantidad, la cualidad cambia; pero ¿qué podemos decir sobre ese pasaje?; poco y nada. No sabemos cómo ni cuándo la cantidad se convierte en calidad; y mucho menos cuánto. Nos deja tan perplejos como el misterioso salto de la mente al cuerpo. No en vano, Kant consideraba que cantidad y cualidad, como espacio y tiempo (de donde derivamos los conceptos de psíquico y somático) eran también categorías del conocimiento no aplicables a la cosa en sí. La solución práctica que adopta, por ejemplo la medicina científica natural, es afirmar que a partir de "tanto", un sujeto deja de ser sano para pasar a ser hipertenso, anémico u obeso; pero, qué duda cabe, es una medida arbitraria que deberá utilizarse con *sentido* común.

Recordemos que esta cuestión de gradientes también ha sido planteada para la serie que une, bajo un mismo significado, a la angina de pecho con el infarto de miocardio o para aquella otra que hace lo propio con la cefalea y el accidente cerebrovascular. A ese tipo de series podríamos agregarles el dicho hipocondríaco en un extremo y la muerte en el otro; pero si acordamos con lo que afirma Chiozza sobre el lenguaje de órgano, estas diferencias de gradiente, por mayores que sean, nada nos dicen sobre que unos trastornos sean *sólo* psíquicos mientras que los otros sean *también* somáticos<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> El lector notará que, en ciertos contextos, doy a afectos y deseos un trato poco diferenciado; esto surge de un trabajo anterior (Chiozza, G., 2003b y 2003c [1999-2003]) en el que sostengo que afecto y deseo son dos maneras distintas de describir una misma sensación. La llamo afecto cuando busco subrayar lo que me pasa en tanto sujeto; y deseo, cuando subrayo la acción que, a partir de eso que me pasa, quisiera poder hacer con un objeto. Se trata de una diferencia sutil, como se ve en la comparación entre "el hambre" y "las ganas de comer".

<sup>4</sup> El lector interesado en este tema encontrará un análisis más detallado del mismo en mi trabajo «La histeria de conversión a la luz de las ideas de Chiozza», donde me ocupo de discutir y descartar

Volviendo al ejemplo del dolor de cabeza de Pedro, podemos decir que si nos inclinamos a creer que a Pedro *realmente* le duele la cabeza, entonces pensaremos que su síntoma corporal expresa el dilema que Pedro no puede sentir. Si, en cambio, nos inclinamos a creer que Pedro *miente*, igualmente pensaremos que su mentira expresa el dilema que Pedro siente pero del cual no se atreve a hablar. En un caso imaginamos que Pedro con su síntoma está diciendo: "la situación en la que me coloca el aumento de honorarios me hace doler la cabeza"; en el otro, imaginamos que Pedro con su mentira está diciendo: "la situación en la que me coloca el aumento de honorarios es como para que a uno le duela la cabeza". En ambos casos necesitamos interpretar el dilema del cual "el sujeto" está hablando a través de lo que el primer analista cree ver como dolor de cabeza real (el síntoma), y el segundo como su representación (la mentira).

Pero por más que entendemos que lo esencial de la interpretación no cambia, como nos sucedió con Juan, nos parece que sigue teniendo importancia saber si *en realidad* al paciente le duele o no la cabeza. Esta duda es un afecto poderoso; pero ¿a qué nos referimos cuando decimos querer saber lo que *en realidad* sucedió?

¿Pensamos acaso que, tratándose de un dolor de cabeza por ejemplo, quizás una tomografía computada podría esclarecer si hay o no hay una alteración somática *real*? Pero la tomografía computada, como sostiene Chiozza, es sólo otra representación de la realidad. Una serie de imágenes que el médico deberá interpretar y decidir si se corresponden con algo real, y decidir, luego, si eso que supone real puede *explicar* el síntoma que motivó la tomografía. Una imagen en la tomografía, *podría* corresponder a un tumor... o no. Y de ser un tumor, *podría* ser el causante del dolor de cabeza... o no.

Pensamos que un dolor de muela *proviene* de una alteración material en el diente, pero mientras que esta alteración es constante en el tiempo el dolor tan pronto viene como se va. En rigor de verdad, no sabemos cómo algo somático (la caries) se *convierte* en psíquico (el dolor de muela); ese es, como decía Freud, el «salto de lo anímico a la inervación somática [...] que nunca podemos nosotros acompañar conceptualmente" (1909d, pág. 124).

Weizsaecker es de la misma opinión: «Es un tremendo prejuicio pensar que el dolor proviene de algo. Naturalmente sabemos que duele si pincho allí la piel. Pero ni de lejos siempre. Si me distraen, si me hipnotizan, no me duele. Y cuando estoy enfermo ya puede doler el mero contacto. Por lo tanto tendrán que confluír muchas cosas [...] Ese "algo" es por lo tanto "nada" [...] Por lo tanto no es una necesidad lógica el derivar de la naturaleza de las observaciones que los dolores

---

la posibilidad de considerar a la histeria sólo como un trastorno funcional (Chiozza, G., 2004e, págs. 23-25).

*proviene de "algo". Tal vez sea así, pero no puede ser demostrado, ni siquiera puede ser demostrado con una máxima probabilidad» (1926, pág. 102).*

Tengamos en cuenta, además, que por tratarse de síntomas y no de signos, la última palabra sobre si duele o no duele, sobre si puede o no mover el brazo o la pierna, la tendrá el paciente. Y esa última palabra él podrá darla o mentir. Un detector de mentiras presentaría los mismos inconvenientes que los ya mencionados para la tomografía computada.

### Conclusiones

*«El viejo y bien conocido adagio de que los acontecimientos orgánicos y psíquicos eran distintos sólo por clasificación y no por naturaleza, acabó por abrirse paso...»  
G. Groddeck (1926)<sup>5</sup>.*

A lo largo de este ensayo analizamos dos situaciones que, a priori, considerábamos distintas por su *naturaleza*: el acto fallido de Juan y el síntoma corporal de Pedro. A primera vista, uno nos parecía psíquico y el otro somático. Sin embargo, las conclusiones a las que llegamos tras considerar la doble organización del conocimiento en la conciencia y aplicar la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, fueron muy similares. El distingo entre lo psíquico y lo somático, hecho a priori, se nos reveló como innecesario e insuficiente. Innecesario porque nuestra contratransferencia (identidad de sentimiento) pudo captar el afecto a interpretar –lo que *importa*– con independencia de conocer, en sí, la verdadera naturaleza del síntoma; si realmente se trataba de un trastorno orgánico o si, en cambio, sólo se trataba de un acto fallido, de un síntoma histérico o de lenguaje hipocondríaco. Insuficiente porque también el acto fallido podía verse como alteración orgánica. Ambos pueden verse en lo que tienen de individual y particular como en lo que tienen de típico y universal. Ambos pueden concebirse como el producto de los estratos más profundos del inconsciente o de los más superficiales.

No vimos que aquello que *a priori* consideramos somático tuviera algo que faltara en lo que *a priori* considerábamos psíquico. Esa primera diferencia que creíamos ver, descansa por entero en nuestra forma de categorizar las cosas, no en las cosas que categorizamos. También consideramos dos observadores distintos que, frente al mismo material, creían estar frente a dos distintas realidades: el primer analista creía en la *realidad* de los dichos del paciente; el segundo, no. Otra vez, el

---

<sup>5</sup> Citado por Grossman y Grossman (1965, pág. 120).

análisis no arrojó diferencias sustantivas; sólo diferencias de grados, pero esa diferencia cuantitativa no hace a la naturaleza psíquica o somática de las cosas. Un acto fallido puede expresar una envidia intensísima que nos lleve a destruir cosas que no tienen remedio y un cólico biliar, una envidia más leve, que se resuelve como una indisposición pasajera.

Aún así nuestro deseo de saber qué es lo que *en realidad* sucede, con independencia de quién lo mire, sigue siendo muy poderoso. Nuestro deseo, en última instancia, es un deseo de objetividad: Quisiéramos poder afirmar, a ciencia cierta, "allí" hay una conciencia inconciente; "allí" hay un sujeto inconciente; "allí" la represión ha construido una barrera, "allí" una estructura se ha desestructurado... "allí" hay algo somático y en cambio "aquí" no lo hay. Nos preguntamos por qué ciertos síntomas *son* somáticos mientras que otros *son* psíquicos, como si pudiéramos conocer la *verdadera* naturaleza de los síntomas *en sí*. Pero, como sostuve en otras oportunidades (Chiozza, G., 2004a y 2004e), el mismo síntoma que, a primera vista, nos parecía somático, luego de interrogar al paciente, a nosotros mismos, nos parece una simulación o una histeria; y a partir de allí, nos cuesta creer que en él haya algún trastorno *verdaderamente* orgánico. Cuando creemos comprender un sentido, pensamos en lo psíquico y nos cuesta creer que lo psíquico pueda *producir* lo somático. Como se desprende de lo afirmado por Chiozza (1995O), cuando no comprendo, juzgo el fenómeno como somático; si más tarde comprendo, *cambio* mi propio juicio y lo que antes me parecía somático ahora me parece psíquico; y pienso que *por ser* psíquico, no puede ser *verdaderamente* somático. La posibilidad de comprender un sentido en algo que aparenta no tenerlo es muy variable; varía de un momento a otro y de un observador a otro.

Suponemos que nuestra conciencia está "construida" para percibir y sentir. Lo *percibido* lo juzgamos como somático; lo *sentido*, como psíquico. Pero, a partir de allí, cómo cada uno utiliza su conciencia, es algo extremadamente variable. No todos tenemos la misma capacidad; ni para percibir, ni para sentir. Según si "mira" un psicólogo de la conciencia o un psicoanalista, el mismo olvido puede ser "visto" como el "producto" de una falla neuronal o como el "producto" de un deseo reprimido; incluso algunos podrán dudar si se trata de un olvido real o una mentira. Un neurólogo podrá pensar que el dolor de cabeza de Pedro es sólo somático y el segundo analista podrá pensar que es sólo psíquico: un mentira. Entre estos dos extremos podemos encontrar muchas teorías distintas que hablarán de síntoma histérico, de somatización, de trastorno psicósomático o bien, de lenguaje de órgano.

La idea de que somático y psíquico son cosas distintas *por naturaleza* me parece sólo un prejuicio; aunque muy poderoso y difundido en la cultura occidental de nuestra época. Pero como afirmaba Freud (1910d), también lo intelectual es un poder. Y luego de haber tratado, durante tanto tiempo, con las cosas de las que se

ocupa el psicoanálisis, llegamos a pensar que la mejor teoría con la que podemos enfrentar la realidad, sin falsas ilusiones, es lo que conocemos como la doble organización del conocimiento en la conciencia, en armonía con lo planteado por Kant.

Lo que conocemos como dualismo cartesiano, a saber, que existen dos tipos distintos de la existencia, lo psíquico y lo somático –aun con independencia de a cuál de ellos consideremos primero y fundamental– nos lleva al problema sin solución de la relación mente cuerpo. De modo que si queremos (y necesitamos) sortear ese obstáculo, tenemos que aceptar un límite en nuestra capacidad de conocer la realidad. “Captadas” por nuestra conciencia las cosas se ordenan en apariencias psíquicas o somáticas; y las mismas cosas pueden variar su apariencia de un momento a otro. Cómo son las cosas que nuestra conciencia no “ve”, o cuando nuestra conciencia no está “mirando”, es decir, cómo es *en sí mismo* lo inconciente, con independencia de como lo “veo”, no puedo saberlo. No podemos decir que sea psíquico ni podemos decir que sea somático: por eso decimos «*ni psiquis, ni soma*», como subtitula Chiozza (1983a) su libro *Psicoanálisis: presente y futuro*. En mi opinión, esto ha sido lo mejor que hemos podido pensar sobre este tema.

Como sostuve en otra oportunidad (Chiozza, G., 2005b [2004]), adoptamos el supuesto de que aquello que está más allá de nuestra conciencia, lo inconciente –y que consideramos en sí mismo, ni psíquico ni somático–, es lo psíquico genuino para poder llevar a cabo nuestra labor de psicoanalistas y así encontrar sentido en aquello que, a primera vista, parece no tenerlo. Es la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, que tantos frutos nos permitió cosechar tanto en la teoría como en la práctica. A cambio, sólo tenemos que aceptar ese límite en la capacidad de conocer la realidad en sí.

Si por el contrario, nos empeñamos en querer saber qué *tiene* lo somático que no tenga lo psíquico, como si de dos cosas distintas se tratara, sólo lograremos incurrir en las mismas contradicciones que conducen al callejón sin salida del dualismo cartesiano.

Con las siguientes palabras Weizsaecker (1951, pág. 536)<sup>6</sup> se refiere a la esencia misma del síntoma; lo que nosotros consideramos “ni psiquis, ni soma” y él llama “el Qué de la enfermedad”: «*El Qué no es sólo la apariencia ni es sólo la realidad, no es el cuerpo o el alma, no es objetivo o subjetivo, sino que es su comportamiento recíproco, y esto es, pues, también la primera ordenación de nuestra Antropología Médica*».

---

<sup>6</sup> Ver nota 1.

## BIBLIOGRAFIA

- BOARI, Domingo (1999)**, "Sobre el sentido de los afectos", Simposio 1999 de la Fundación LUIS CHIOZZA, Buenos Aires, 1999.
- CHIOZZA, Gustavo (1993a)**, "La conversión, ¿fenómeno o concepto?", Simposio 1993, 5tas Jornadas del CCMW, Bs As, 1993.
- CHIOZZA, Gustavo (1994a)**, "Historia de conversión y enfermedad somática. Algunos interrogantes", Simposio 1994, 6tas Jornadas del CCMW, Bs As 1994.
- CHIOZZA, Gustavo (1994b)**, "Reconsideraciones sobre la historia de conversión", Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Bs. As., agosto de 1994.
- CHIOZZA, Gustavo (1995a)**, "Tres orígenes de la contratransferencia en la interpretación de los síntomas corporales", Simposio 1995, 7mas Jornadas del CWCM, Bs. As., 1995.
- CHIOZZA, Gustavo (1995d)**, "El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica", CWCM, Bs. As., junio de 1995.
- CHIOZZA, Gustavo (1996d)**, "Sobre la relación entre la historia de conversión y la enfermedad somática", en *Cuerpo afecto y lenguaje*, (Tercera Edición), Luis Chiozza, (1998f [1976]), Alianza Editorial, Bs As, 1998.
- CHIOZZA, Gustavo (1999a)**, "Acerca de las relaciones entre presencia, ausencia, actualidad y latencia", Fundación Luis Chiozza, Bs. As., diciembre de 1999.
- CHIOZZA, Gustavo (2000a [1999])**, "El afecto como símbolo de la acción", Simposio 2000, Fundación Luis Chiozza, Bs. As., 2000.
- CHIOZZA, Gustavo (2003b)**, "El deseo y el afecto. Dos aspectos de la sensación", Simposio 2003, Fundación Luis Chiozza, Bs. As., enero de 2003.
- CHIOZZA, Gustavo (2003c [1999-2003])**, "Nuove puntualizzazioni metapsicologiche sull'affetto", in *La psicoanalisi che viene*, 2, Eidon, Perugia, 2003.
- CHIOZZA, Gustavo (2003e)**, "El psicoanálisis frente al problema de la conciencia", Fundación Luis Chiozza, Bs. As, agosto de 2003.
- CHIOZZA, Gustavo (2004a)**, "La historia de conversión y lo «genuinamente» somático", Simposio 2004, Fundación Luis Chiozza, Bs As, 2004.
- CHIOZZA, Gustavo (2004e)**, "La historia de conversión a la luz de las ideas de Chiozza", Fundación Luis Chiozza, Bs. As., noviembre de 2004.
- CHIOZZA, Gustavo (2005b [2004])**, "Fundamentos epistemológicos del Psicoanálisis", Simposio 2005, Fundación Luis Chiozza, Bs. As., 2005.
- CHIOZZA, Gustavo (2009a [2008])**, "La «conciencia inconciente» como lo genuinamente psíquico", Simposio 2009, Fundación Luis Chiozza, Bs. As., 2009.
- CHIOZZA, Luis (1976g [1975])**, "La causa y el porqué de la enfermedad", en *Obras completas*, Tomo III, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1976h [1975])**, "La transformación del afecto en lenguaje" en *Obras completas*, Tomo III, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1980c [1977-1978-1979])**, "El problema de la simbolización en la enfermedad somática" en *Obras completas*, Tomo IV, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1980f)**, "Corazón, hígado y cerebro. Introducción esquemática a la comprensión de un trilema" en *Obras completas*, Tomo IV, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1981j)**, "Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica" en *Obras completas*, Tomo IX, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1983a)**, *Psicoanálisis: presente y futuro. Qué y cómo psicoanalizar. Ni psiquis ni soma*. Biblioteca dl CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983.
- CHIOZZA, Luis y colaboradores (1985a)**, "Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica" en *Obras completas*, Tomo X, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1991c [1989])**, "*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano" en *Obras completas*, Tomo V, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis y colaboradores (1991d [1990])**, "Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares" en *Obras completas*, Tomo XI, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1995O)**, "El psicoanálisis y los procesos cognitivos" en *Obras completas*, Tomo VI, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1995P)**, "Lo que ocurrió con Milena" en *Obras completas*, Tomo XIV, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.
- CHIOZZA, Luis (1996c [1995])**, "El significado inconciente específico del SIDA" en *Obras completas*, Tomo XII, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis y colaboradores (1996e [1995])**, "Significados inconcientes específicos de enfermedades dentarias" en *Obras completas*, Tomo XII, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis (2000c [1991-2000])**, "Sobre una metahistoria psicoanalítica" en *Obras completas*, Tomo VII, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis (2005c [2003])**, "El valor afectivo" en *Obras completas*, Tomo VII, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis (2005d [2003])**, "La conciencia" en *Obras completas*, Tomo VII, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis (2007a [1986-1997-2007])**, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* en *Obras completas*, Tomo XIV, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis (2007e)**, "Lo que nos hace la vida que hacemos" en *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* en *Obras completas*, Tomo XIV, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis (2008)**, *¿Por qué nos equivocamos? Lo malpensado que emocionalmente nos conforma*, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**CHIOZZA, Luis y colaboradores (2008d [2007])**, "Un estudio psicoanalítico de la anemia" en *Obras completas*, Tomo XIII, Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

**FREUD, Sigmund, BREUER Joseph (1895d)**, *Estudios sobre la histeria*, en *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu Editores, Bs. As., 1989.

**FREUD, Sigmund (1900a [1899])**, *La interpretación de los sueños* en *Obras Completas*, Tomo IV-V, Amorrortu Editores, Bs. As., 1975.

**FREUD, Sigmund (1901b)**, *Psicopatología de la vida cotidiana*, en *Obras Completas*, Tomo VI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1975.

**FREUD, Sigmund (1909d)**, "A propósito de un caso de neurosis obsesiva", en *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

**FREUD, Sigmund (1910a [1909])**, *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* en *Obras Completas*, Tomo XI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1975.

**FREUD, Sigmund (1910d)**, "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" en *Obras Completas*, Tomo XI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1975.

**FREUD, Sigmund (1915d)**, "La represión", en *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Bs. As., 1975, pág. 165-6.

**FREUD, Sigmund (1915e)**, "Lo inconciente", en *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Bs. As., 1975, pág. 165-6.

**FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17])**, *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

**FREUD, Sigmund (1926d)**, "Inhibición, sintoma y angustia", en *Obras Completas*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

**FREUD, Sigmund (1933a [1932])**, *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en *Obras Completas*, Tomo XXII, Amorrortu Editores, Bs. As., 1989, pág. 65.

**FREUD, Sigmund (1940a [1938])**, *Esquema del psicoanálisis*, en *Obras Completas*, Tomo XXIII, Amorrortu Editores, Bs. As., 1989.

**FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902])**, "Proyecto de psicología" en *Los orígenes de la psicología*, en *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976

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

**IACOBONI, Marco (2008)**, *Las neuronas espejo*, Katz Editores, Buenos Aires 2009.

**KLEIN, Melanie (1957)**, "Envidia y gratitud" en *Obras completas*, Tomo 3, Editorial Paidós, Bs. As., 1991.

**ORTEGA Y GASSET, José (1946)**, "Idea del teatro", en *Obras completas*, vol. VII, Revista de Occidente, Madrid, 1968.

**WEIZSAECKER, Victor (1926)**, "Los dolores" en *Escritos de antropología médica*, Libros del Zorzal, Bs. As., 2009.

**WEIZSAECKER, Victor (1951)**, *El hombre enfermo*, Editorial Luis Miracle, Barcelona, España, 1956.