

EL SÍNTOMA CORPORAL PARA LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Dr. Gustavo L. Chiozza

**Centro de Consulta Médica Weizsaecker
- JUNIO 1995 -**

Advertencia preliminar:

En este trabajo me propongo traer nuevamente a la discusión ideas presentadas en otras oportunidades (G. Chiozza, 1993a, 1994a, 1994b y 1995a), esta vez desde un enfoque ligeramente diferente. A los fines de alcanzar el objetivo de una discusión más exhaustiva, he resuelto exponer las ideas de manera un tanto más concisa que en las oportunidades anteriores, siendo por lo tanto mucho menos generoso en las citas bibliográficas que justifican algunas afirmaciones acerca del pensamiento de otros autores (principalmente de Freud). Esta elección conlleva el riesgo de parecer un tanto dogmático en la exposición de las ideas, lo cual, por supuesto, es totalmente ajeno a mi intención. El lector interesado en una fundamentación más minuciosa de estas ideas en la bibliografía psicoanalítica podrá remitirse al trabajo *“Reconsideraciones sobre la histeria de conversión”* (G. Chiozza, 1994b).

Acerca de la magnitud del problema:

Ha pasado ya más de un siglo desde el momento en que Freud intentando comprender los síntomas corporales de la histeria dio origen al Psicoanálisis. Desde ese entonces hasta nuestros días, la joven Ciencia y su primer objeto de estudio han protagonizado un tormentoso romance, en el que no han faltado confusiones, malentendidos, acercamientos y alejamientos. Si hoy deseamos echar luz sobre este oscuro tema deberemos examinar primero las complejas vicisitudes de tan largo romance.

Si bien todo objeto de estudio crea el instrumento con el que deberá luego aprenderse, tendremos una idea bastante acabada de la complejidad de la tarea que nos ocupa si pensamos que para abarcar conceptualmente a los síntomas corporales de la histeria, no sólo fue necesario crear toda una nueva ciencia sino que también fue imprescindible un cambio en la concepción epistemológica con la que hasta ese momento se había abordado el problema.

Sin embargo, no nos desalentemos prematuramente; gracias al esfuerzo de los que nos precedieron, contamos hoy con las piezas fundamentales para armar este difícil rompecabezas. Si logramos deshacer algunos malentendidos, y acomodar algunas piezas es muy probable que, siguiendo la metáfora, el romance termine en boda.

La *bête noire* de la medicina.

El advenimiento de la Era Industrial, con el gran incremento de los recursos técnicos, posibilitó un gran desarrollo en la ciencia. El notable incremento en las posibilidades de observar, pesar y medir la materia, imprimieron en la ciencia un carácter positivista centrado en la objetividad.

Poco a poco la ciencia se fue divorciando de la religión y los incesantes progresos científicos hacían pensar que alguna vez, todo podría ser observado, medido y explicado en términos mecánicos. Es comprensible que en un mundo que aprendía a fabricar telescopios y microscopios cada vez más perfectos, lo psíquico, por ser inaprehensible con métodos semejantes, fuera desplazado del centro de interés y condenado al menosprecio.

En la medicina, el fascinante descubrimiento del sistema nervioso creó un nuevo ámbito que prometía una solución al incómodo problema de lo psíquico. Concebir lo psíquico como una emanación del sistema nervioso era atribuirle un origen material y, por lo tanto, hacerlo susceptible de observación mediante métodos físicos, es decir, "objetivos". *"Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica, dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia"* (Freud, 1890a).

Sin embargo la *Némesis* de una medicina que se acercaba peligrosamente a las Ciencias Exactas, no tardó en llegar. Toda una gama de síntomas corporales parecían resistirse a los desesperados intentos de una explicación causal acorde con los flamantes descubrimientos de la anatomía y fisiología. Si la materia era la realidad fundamental, y lo psíquico un epifenómeno de la materia, esos síntomas corporales *"sine materiae"* no podían existir, y por lo tanto se los consideró una simulación - menos en el sentido de algo similar que en el sentido de apariencia y engaño -.

Así, englobados bajo el nombre de ***histeria***, dejaron de existir para el interés científico de la medicina y se convirtieron, no sólo en la *bête noire* de la medicina que describió Charcot, sino más bien en la *bête noire* de la epistemología que la ciencia había abrazado.

Pero así como en toda pelea siempre se requiere de la participación de las dos partes, no sólo la ciencia positivista rechazaba a la histeria; también ésta rechazaba a todo aquel que quisiera explicarla en lugar de comprenderla. Y este segundo rechazo se nos hace tanto más tangible si recordamos las palabras con que Freud (1905a) describe una experiencia clínica cotidiana: *"Los médicos no podemos renunciar a la psicoterapia, aunque más no sea porque la otra parte (...) - a saber: los enfermos - no tiene propósito alguno de hacerlo."*

Sólo unos pocos investigadores pudieron sustraerse del desprecio generalizado por los síntomas corporales de la histeria y “recoger el guante” del desafío que ella planteaba. Entre ellos, Freud fue, sin duda, el más capaz. Su particular disposición del ánimo, más abierto a la observación que aferrado a las teorías de la época, le permitió descubrir que tras la *bête noire* se ocultaba una hermosa dama a la que ya no podría abandonar. El sacrificio fue grande; debió abandonar primero la neurología y luego la medicina granjeándose, como sabemos, el repudio del *establishment* científico. Pero la recompensa fue más grande aún: el descubrimiento del Psicoanálisis.

Si reflexionamos ahora en esta historia que lleva más de un siglo, encontramos que algunos capítulos se repiten; similares sacrificios, y no menores recompensas, ha deparado siempre el intento de comprender el sentido inconsciente del síntoma corporal, a aquellos pocos que, siguiendo el camino iniciado por Freud, han enfrentado el desafío de descifrar el particular lenguaje con el que los enfermos nos comunican su padecer.

El origen del Psicoanálisis:

Volvamos un paso atrás y reflexionemos ahora acerca de este curioso enigma que tanto cautivó a Freud. ¿Por qué para comprender los síntomas corporales de la histeria fue necesario crear una nueva ciencia, el Psicoanálisis? Veamos pues, parte de esta historia narrada por Groddeck (1926, citado por Grossman y Grossman, 1965):

“El pensamiento médico se ha desplazado durante décadas en un terreno en el que los acontecimientos estaban situados en dos órdenes, el orgánico y el psíquico; ambos fueron separados por un incierto interregno; el nervioso. Este interregno fue el campo de trabajo de Freud y en él se hicieron descubrimientos que están modificando lentamente la visión universal del médico (...) Pronto se hizo evidente que los hechos descubiertos no entraban dentro de los límites establecidos por el hábito, que si no se quería interrumpir la investigación, los datos en el campo de lo psíquico debían ser seguidos”.

Al intentar comprender los síntomas corporales de la histeria Freud se encontró con que lo psíquico dejaba de coincidir con lo nervioso; los sueños de sus pacientes, por ejemplo, no podían comprenderse como erráticas descargas neuronales. El descubrimiento del Inconsciente y de la sexualidad infantil, lo fueron acercando más y más al cuerpo como fuente de la pulsión; lo psíquico llegó a ser, para Freud, un alma encarnada en el cuerpo de manera inseparable.

Por este motivo, el abandono de la neurología no fue sólo un cambio de práctica, sino más bien un cambio necesario en la concepción de lo psíquico; es decir, un cambio epistemológico. Pero este cambio no se llevó a cabo de una sola vez y sin dificultades. La obra de Freud abunda en intentos de hacer coincidir sus observaciones con el modelo sustentado por la medicina positivista de la época. Tómese por ejemplo el *Proyecto de psicología para neurólogos*, o los escritos metapsicológicos.

Pero en ningún otro ámbito este intento se ha topado con mayores dificultades que en el ámbito de los síntomas corporales. Si bien los síntomas corporales fueron la “puerta de entrada” al descubrimiento del inconsciente, paradójicamente Freud se muestra mucho más categórico al afirmar que su concepto del inconsciente debe ser comprendido en el sentido de la *cosa en sí* de Kant (Freud, 1915e), que en continuar esa epistemología en lo que al síntoma corporal se refiere.

En otra oportunidad (G. Chiozza, 1994b) me he ocupado en señalar, mediante abundantes citas, las constantes idas y vueltas de Freud en este tema. Cómo sus primeros intentos de diferenciar las parálisis motrices de las histéricas conviven con sus formulaciones acerca de la simbolización, y cómo sus conceptos acerca de la conversión por solitación somática lo hacen con la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis; desde los *Estudios sobre la histeria* (1895d) hasta el *Esquema del psicoanálisis* (1940a), pasando por *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis* (1910i).

Como sabemos, cada vez que se intenta comprender desde lo anímico los fenómenos corporales, la epistemología dualista resulta insuficiente; en el mismo instante en que nos preguntamos por la relación psique-soma, nos hemos ubicado ya, fuera del modelo dualista. **Un modelo que considera dos únicos existentes nunca podrá dar la respuesta a una pregunta que contiene ya, tres tipos de existentes distintos: lo psíquico, lo somático y lo que, ni psíquico ni somático, relaciona a ambos.**

Freud, a poco de avanzar en sus investigaciones sobre la histeria, enfrentado con este problema, necesitó valerse de formulaciones que, como nos lo ha señalado Chiozza (1989), trascienden el dualismo cartesiano. Sin embargo, atrapado en la herencia epistemológica de sus orígenes médicos, no pudo hacer de esas formulaciones un cuerpo teórico armado, claro y asumido explícitamente.

Así como Chiozza (1978) sostiene que la verdadera genialidad de Freud consiste en haber podido leer en el trastorno físico un lenguaje, en este punto me atrevo a afirmar que la verdadera genialidad de Chiozza consiste en haber comprendido la necesidad de un cambio epistemológico dentro del psicoanálisis para poder alcanzar la comprensión del cuerpo en

términos de significados inconcientes. Esta comprensión le permitió “purificar” al psicoanálisis de aquellos contaminantes que, como restos placentarios, provenían de su nacimiento en la epistemología sustentada por la medicina positivista. Así, al completar el cambio epistemológico en el que Freud, en cuanto a los síntomas corporales, había quedado “atascado”, pudo devolverle al psicoanálisis la función para la cual había sido creado: la comprensión del significado inconciente del síntoma corporal¹.

Sin embargo, a mi entender (G. Chiozza, 1994b), la histeria de conversión aún no ha encontrado su lugar en esta nueva concepción. En el seno del psicoanálisis del trastorno orgánico, todavía hoy, reconozcámoslo, nos causa problemas hablar de histeria; aún sigue siendo nuestra *bête noire*. Muchas preguntas nos salen al paso: ¿El cuerpo afectado por la histeria de conversión, es el mismo que el afectado por la enfermedad somática? Los síntomas corporales de la histeria, ¿son “realmente” corporales?

Bajo esta pregunta subyace hoy, luego de un siglo, la antigua pregunta: ¿los síntomas corporales de la histeria son psíquicos o somáticos? Mucho más fructífero que intentar responder esta pregunta, que obviamente reintroduce el dualismo cartesiano, resultará traer a la luz el malentendido que ella contiene. Creo que este malentendido encuentra su justificación, otra vez, en el origen médico del psicoanálisis.

El problema, a mi entender, surge del prejuicio de considerar que, mientras que la enfermedad somática, valga la redundancia, es somática, la histeria, si no es puramente psíquica, es, a lo sumo, un misterio. Y este prejuicio se apoya tanto en un malentendido acerca del concepto

¹. Esto marca también una importante diferencia entre los desarrollos de Chiozza, y los de otros autores como Groddeck y Weizsaecker. En el caso de Groddeck, el rasgo más sobresaliente es la incomparable intuición que lo guiaba en la lectura de los síntomas corporales; pero ésta no se acompañó luego de una teorización suficiente que le quitara a sus interpretaciones el carácter de inaprehensibles, más propios de la mística que de la ciencia; en otras palabras, la diferencia que existe entre echar luz sobre un tema, y ser un iluminado. Weizsaecker, más conciente de los problemas epistemológicos que divorciaban la medicina científica de la medicina clínica, señaló la necesidad de crear tanto una medicina antropológica, como una filosofía que se ocupara no sólo de lo óntico sino también de lo pático; una patosofía. Si bien sus escritos invitan a profundas reflexiones, tal vez por su aprehensión a encerrar los conocimientos en sistemas, no logra orientar al lector en cómo continuar el camino hacia tal medicina antropológica o tal patosofía.

Así como Freud, no sólo logró interpretar los sueños, sino que creó un método que permite **aprender** a interpretar sueños - es decir, una **escuela** - la teoría de las fantasías específicas, es también un método de investigación, es decir, una **escuela**. Y desde esta escuela, nosotros, los “no iluminados”, encontramos un valor en los escritos de Groddeck y Weizsaecker, que no podríamos apreciar adecuadamente, en toda su riqueza e implicancias, fuera del marco de las ideas de Chiozza.

freudiano de conversión - al que me referí en otras oportunidades (1993a, 1994a, 1994b y 1995a)- como en una excesiva fe en los criterios que utiliza la ciencia médica para determinar qué es somático y qué no lo es.

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

Confundidos, como tantas veces lo estuvo Freud en este difícil tema, se nos ha pasado por alto que no podemos preguntarnos por lo somático de la histeria y luego afirmar que histeria y enfermedad somática son cosas distintas, sin entrar en una contradicción. Sea lo que fuere lo que estamos buscando cuando nos preguntamos por lo somático de la histeria, siempre nos remitirá, como somático, al concepto chiozziano de la enfermedad somática.

Creo que si podemos deshacer este malentendido daremos un importante paso hacia una teoría más unificada; es decir, no solo la comprensión psicoanalítica del trastorno orgánico, que inevitablemente alude al diagnóstico médico, sino a la comprensión psicoanalítica de lo que se presenta a la conciencia del que observa (médico, psicoanalista o paciente) como síntoma corporal²; dejando de lado consideraciones ajenas al campo de observación psicoanalítico acerca de si existe o no “*sustrato material demostrable*”.

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

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

². Aquí utilizo la expresión síntoma corporal, como muy habitualmente se lo hace, en sentido amplio, englobando tanto las sensaciones somáticas (opresión, dolor, picazón) sólo presentes en la conciencia del que las padece, como a los signos físicos (tos, eritema, contractura) susceptibles de percepción tanto para el paciente como para el médico o, a veces, para el psicoanalista.

Para comparar la teoría psicoanalítica de Freud acerca de la histeria de conversión con la teoría psicoanalítica de Chiozza acerca de la enfermedad somática, deberemos tener presente el origen médico de ambos autores. Ambos alcanzaron el psicoanálisis, frente a la insuficiencia de la medicina de sus respectivas épocas para comprender lo que sucedía con el enfermo.

Aquí nos sale al paso la primera diferencia: mientras que Freud, como neurólogo, se interesó por los síntomas corporales de lo que la gnosología médica definía como histeria, Chiozza, más próximo a la clínica médica, se interesó por los síntomas corporales de lo que la medicina consideraba enfermedades somáticas. Si bien ambos podían interesarse en síntomas como los vómitos, la disfagia, la pirosis o la tos, sus “preconceptos” acerca de estos síntomas, al menos en el origen, era diversos.

Cometeríamos un grosero error si creyéramos que la medicina, tan afecta a lo objetivo y demostrable, posee un criterio prolijamente “científico” para diferenciar gnosológicamente unos síntomas corporales de otros. Para que la medicina, que toma a la materia como la realidad fundamental, considere a un síntoma corporal como orgánico (y por lo tanto real), éste debe reunir dos condiciones:

a) Que se perciba (o se suponga) una alteración material; sobretodo si se la puede explicar, en términos mecánicos, como el efecto de una causa igualmente material.

b) Que no se comprenda (o no se sospeche) una motivación anímica, es decir, psíquica (considerado esto como lo nervioso, lo afectivo o, incluso, lo biográfico). Es decir que el síntoma impresione como algo que “desde afuera” irrumpe, inexplicablemente, en la vida del enfermo. Por ejemplo, si la efusión de lágrimas “objetivable” se acompaña del afecto tristeza (o de la pérdida de un ser querido), no se la considerará una epífora sino un llanto.

Mientras que lo “orgánico” es directamente proporcional a lo percibido, e inversamente proporcional a lo comprendido, lo opuesto sucede con la “histeria”. Un síntoma “no es orgánico” (y por lo tanto no es “real”, sino “simulado”) cuando no se percibe una alteración material (o se duda de su existencia) y al mismo tiempo se transparenta una notable motivación anímica. Por ejemplo, una muchacha que presenta dolores abdominales difusos a partir del momento en que se entera que su hermana está embarazada será considerada, seguramente, histérica. Volveré sobre este punto, más adelante.

Tal vez podamos comprender el malentendido que ha separado unos síntomas de otros si recordamos que en la época de Freud (y aún ahora) **lo psíquico era reconducido al ámbito material de lo nervioso**. A éstos

síntomas se los llamó histéricos (en el primitivo sentido de “neurosis” como degeneración nerviosa) más por sus transparentes motivaciones anímicas, que por la ausencia de alteraciones materiales demostrables. Y, a partir de allí, se intentó encontrar la causa de la histeria en una alteración de la excitabilidad neuronal.

Pero al mismo tiempo que resultaban infecundos los esfuerzos de Freud por encontrar las diferencias entre las parálisis orgánicas e histéricas en la anatomía y fisiología nerviosas, la exploración psíquica de estos pacientes aportó la clave de la curación.

La clave era la oculta vinculación entre el síntoma y un suceso biográfico traumático al cual el síntoma corporal, como un monumento conmemorativo, aludía en un lenguaje arcano. Las amarras con la neurología habían sido cortadas; nacía el psicoanálisis que ocuparía el terreno que la medicina había abandonado, la enfermedad del alma. Pero antes de partir, como único botín de guerra, reclamaría para sí, los síntomas corporales de la histeria.

Como decíamos al principio, la separación de la ciencia médica positivista, y la conciencia de estar creando una nueva ciencia, permitieron a Freud una mayor independencia para explorar el alma enfocándola con la propia luz del psicoanálisis. Pero en cuanto a los síntomas corporales de la histeria, no todos los lazos con la medicina estaban cortados. Freud se veía en la necesidad de integrar en una teoría que resultara coherente con los conceptos existentes acerca de lo somático las intelecciones que arrojaba la exploración psíquica de la histeria.

Para desgracia y confusión de sus seguidores, no encontró mejor nombre para su instrumento conceptual que el de **conversión**. Como fundamenté en varias oportunidades (1993a, 1994a, 1994b y 1995a), Freud no pensaba que algo psíquico se convirtiera en somático; pero tal vez, la poca conciencia de la necesidad de formular una epistemología que superara el dualismo cuerpo-mente, le impidió encontrar un nombre mejor, que no se prestara a semejante confusión.

Continuando la exploración psíquica de los síntomas corporales de la histeria, Freud se encontró con que la teoría según la cual el histérico “creaba” los síntomas corporales para significar y simbolizar un suceso biográfico traumático, de naturaleza sexual, no alcanzaba para esclarecer todos los síntomas con los que se encontraba. Las cosas eran más complejas.

Muchas veces era imposible establecer una diferencia tajante entre los síntomas corporales de la histeria y los orgánicos; ya por falta de alteraciones materiales en síntomas presuntamente orgánicos, como también por la objetivación de las mismas en síntomas considerados

históricos. El otro problema surgió al encontrar síntomas corporales típicos, que se repetían en uno y otro caso de histeria, para los cuales era poco convincente suponer experiencias traumáticas individuales e idénticas³.

Para resolver el primero de los problemas, creó el concepto de **conversión por sollicitación somática**, según el cual, el síntoma histérico **no puede producirse** sin la participación de un proceso normal o patológico en el interior de un órgano (Freud, 1905e). Unas veces lo describe como un trastorno orgánico que “debilita” el órgano, favoreciendo la expresión del conflicto por esa vía de facilitación; otras, en cambio, como un aumento de la erotización del órgano que presta la vía para la conversión⁴.

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

El síntoma histérico, explica Freud, es la exageración (por conversión) de las vías de inervación de los afectos (Freud, 1910a); de modo tal que el afecto queda retenido (la *belle indifférence*) y en la conciencia sólo se registra la sensación somática exagerada que, sin la vinculación con el

³. “Si en un caso de histeria hemos reconducido realmente un síntoma típico a una vivencia o a una cadena de vivencias parecidas, por ejemplo, un vómito histérico (...), quedaremos desconcertados si, en otro caso de vómito, el análisis nos descubre una serie de vivencias supuestamente eficaces de índole por entero diversa. (...) Podemos, por cierto, esclarecer satisfactoriamente el sentido de los síntomas neuróticos individuales por su referencia al vivenciar, pero nuestro arte nos deja en la estacada respecto de los síntomas típicos, con mucho los más frecuentes. (...) Es difícil suponer una diversidad fundamental entre una y otra clase de síntomas. Si los síntomas individuales dependen de manera tan innegable del vivenciar del enfermo, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remontan a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres” (Freud, 1916-17, pág. 248).

⁴. Esta idea de la erotización del órgano lo conducirá a plantear el concepto de **lenguaje de órgano** a partir del concepto de hipocondría (Freud, 1915e, Chiozza, 1989).

afecto que le da origen, aparece como un síntoma corporal inexplicable⁵ (G. Chiozza, 1994a, 1994b).

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

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

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

⁵. Para quienes esta interpretación de las ideas de Freud les resulte demasiado “libre”, vaya pues, la cita completa: “Los destinos de esos afectos, que uno podía representarse como magnitudes desplazables, eran entonces lo decisivo tanto para la contracción de la enfermedad como para el restablecimiento. Así resultó forzoso suponer que aquella sobrevino porque los afectos desarrollados en las situaciones patógenas hallaron bloqueada una salida normal, y la esencia de su contracción consistía en que entonces esos afectos ‘estrangulados’ eran sometidos a un empleo anormal. (...) 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.

Lo ven ustedes; estamos en vías de obtener una teoría puramente psicológica de la histeria, en la que adjudicamos el primer rango a los procesos afectivos” (Freud, 1910a, pág. 15).

Chiozza, en cambio, toma un punto de partida diferente: el síntoma corporal de la enfermedad orgánica. No se acerca al psicoanálisis ni desde la neurología ni por su interés en la histeria; sino que encuentra en la lectura de la obra de Freud, la posibilidad de continuar ideas que había encontrado en Schrödinger, Maeterlinck, o incluso en el mismo Weizsaecker.

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

Desarrollando estos conceptos, considera al síntoma corporal de la enfermedad somática el sustituto desfigurado de un afecto al que simboliza y significa. Crea, del mismo modo que Freud, un concepto que le permite “explicar”, en términos mecánicos esta relación entre el síntoma y el afecto (G. Chiozza, 1994b). Según su concepto, el afecto es desestructurado en su clave de inervación, perdiendo de este modo la coherencia que permite que la conciencia lo reconozca como tal (Chiozza, 1976).

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

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

Interpretar el síntoma corporal del trastorno orgánico no es sólo interpretar la fantasía específica. El vivenciar filogenético nos ayudará a comprender la relación entre el órgano (o la función) comprometido y el afecto al que

simboliza; pero la interpretación que hace conciente el afecto reprimido, debe contemplar la resignificación individual de aquello universal. Interpretar el afecto universal, en el contexto de esa particular historia, compuesta por personajes igualmente particulares. A este aspecto de la interpretación me he referido en otra oportunidad (1994b) con el concepto de *resignificación secundaria*⁶.

Similitudes entre ambas teorías:

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

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

Cuando este mecanismo no basta, la represión alcanza directamente al afecto; el resultado es un **síntoma corporal**. Desde la teoría de Chiozza (1976), esta es la forma patosomática del enfermar; el afecto se desestructura en su clave de inervación y desaparece de la conciencia.

En la teoría de Freud (1910a), la conversión, exagerando las vías de inervación del afecto estrangulado, produce el síntoma corporal; el afecto desaparece de la conciencia, estado que ha sido descrito como *belle*

⁶. Suele pensarse que si interpretamos un trastorno por sus resignificaciones secundarias, si bien es terapéuticamente útil, en cuanto al contenido, la interpretación es errónea. Pensamos que el significado secundario “no es” el adecuado ya que no tiene que ver con el primario. El ejemplo más escuchado es el del cálculo biliar como representación secundaria de un embarazo a feto muerto (Chiozza, 1963). Pero esta concepción no resiste un segundo análisis. ¿Cómo la re-significación, a diferencia de lo que su nombre indica, puede no tener ninguna relación con la significación? Afirmar eso sería sostener que el inconsciente es azaroso. La investigación de las litiasis (Chiozza y Grus, en Chiozza y col, 1993) reveló treinta años después que el ejemplo de Chiozza (si se quiere, al azar en su momento) estaba revestido de una significación específica entre cálculo, embarazo y muerte. Tomaré, pues, el concepto de resignificación secundaria, entendiéndolo en el sentido de las resignificaciones individuales de lo universal. Si recordamos que universal e individual forman una serie continua (Pinto, 1981, G. Chiozza, 1994b), la distancia entre las resignificaciones secundarias y el significado primario, será, lógicamente, variable.

indiference. En ambas teorías el síntoma corporal es un sustituto del afecto reprimido (retenido, estrangulado, desestructurado). El afecto se expresa a través del síntoma corporal, y este último simboliza al primero.

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

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

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

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

Algunos ejemplos:

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

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

Agreguemos algunos elementos más. Avanzar en la vida es, en el lenguaje del inconciente, acercarse al padre; además, debemos tener en

cuenta el importante significado erótico de las piernas que, como dos guías, conducen hacia los genitales (Chiozza y col., 1990). Si recordamos el conflictivo enamoramiento que Elizabeth tenía con su padre, y con cuánta culpa vivió el empeoramiento de él cuando ella se alejó para asistir al baile con su pretendiente, tendremos más elementos para comprender por un lado, el efecto que tuvo sobre ella el acercamiento al cuñado, tras la muerte de la hermana (lo individual); y por el otro, cómo las parestesias simbolizan el intento de negar la excitación incestuosa, justamente en el órgano fuente (lo universal).

Podemos intentar un análisis similar para el brote de esclerosis en placas de Albertina⁷. No sería tan difícil encontrar recuerdos infantiles vinculados a las piernas; inclusive similares escenas de eficacia traumática donde la fijación incestuosa al padre juega un papel tan importante como en el caso de Elizabeth. Estaríamos observando la biografía de Albertina desde el punto de vista de la conversión mnémica.

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

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

En el caso del melanoma (Chiozza, 1986) el aspecto individual del síntoma adquiere una importancia particular; no sólo permite comprender la localización y el momento de aparición del síntoma (la metástasis del tumor), sino que otorga a la interpretación esa ‘carne’ que a la idea le falta.

“Poco tiempo después, en el lugar donde debe haber entrado en contacto con su hijo durante el abrazo traumático, aparecen los nódulos que corresponden a las metástasis del melanoma extirpado. Sus células metastásicas representan adecuadamente el remanente de excitación narcisista. Así, dentro de una fantasía hermafrodita, niega de

⁷. Véase *Con los cables pelados* en *¿Por qué enfermamos?* (Chiozza, 1986).

manera omnipotente sus sentimientos de pérdida y abandono, reiterados ahora en la relación con su hijo” ⁸ (pág. 108).

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

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

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

Y no siempre el hallazgo de una alteración somática o la certeza de su ausencia, es lo que rubrica el diagnóstico de enfermedad somática o histérica, respectivamente. Muchas veces basta la suposición o la sospecha, y en esto influye de manera determinante en la medicina, cuán evidente se haga el nexo con las motivaciones anímicas. En otras palabras, **el diagnóstico diferencial toma, para la medicina dualista, dos variables: lo somático y lo psíquico; una inversamente proporcional a la otra.**

Inmerso en esta confusión, Freud crea el concepto de **solicitudión somática**; a veces para designar una enfermedad orgánica que, al debilitar el órgano, presta la vía para la conversión⁹. Otras veces habla de un proceso normal o patológico en el interior del órgano, que atrae el conflicto para sí. También afirma que la intensa estimulación de la mucosa puede ser la solicitudión somática.

⁸. El destacado no corresponde al original.

⁹. Resulta interesante observar que, frente a lo incompresible, siempre se recurre a los conceptos de azar y de debilidad constitucional. En este primer ensayo de explicación, Freud considera que el órgano debilitado se presta para representar, arbitrariamente, un conflicto cualquiera (1905e). Algo igualmente ingenuo ocurre en la otra orilla del río, cuando las teorías psicosomáticas (tan de moda desde hace un tiempo) consideran un déficit en la capacidad de simbolización como una “debilidad psíquica”; aquello que no logra ser “mentalizado” - explican estos autores - se descarga inexpresivamente en un síntoma psicosomático “arbitrario”.

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

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

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

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

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

Histeria de Conversión y Enfermedad Somática...

¿son lo mismo?:

A esta altura, como corolario de lo que llevamos dicho, esta pregunta resulta inevitable; y su respuesta servirá de conclusión al trabajo. Dados nuestros antepasados médicos, partimos del prejuicio de considerar que existen, más allá de nuestra conciencia, dos tipos diferentes de síntomas

corporales, los somáticos y los histéricos. Las mismas teorías que revisamos explicitan ocuparse de distintos asuntos, Freud de la histeria, y Chiozza de la enfermedad somática.

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

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

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

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

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

3) El psicoanálisis posee una única teoría para la interpretación del síntoma corporal; y la misma ha sido formulada por dos autores, Freud y Chiozza, cada uno en sus propios términos¹⁰.

¹⁰. Esta afirmación no busca restar originalidad a la teoría de Chiozza en favor de la de Freud, obviamente anterior en el tiempo; como lo aclaro en el texto, sólo el conocimiento de la teoría de Chiozza me ha permitido realizar la lectura que hago de la obra de Freud. El sentido estricto que mi afirmación persigue es el de mostrar que el psicoanálisis no interpreta los síntomas "histéricos" (Freud) de una manera y los "somáticos" (Chiozza) de otra.

4) El síntoma corporal es, en todos los casos, el sustituto de un afecto reprimido. Como toda formación de compromiso, el síntoma corporal expresa y simboliza el afecto desalojado de la conciencia (pérdida de la coherencia del afecto, *belle indiférence*).

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

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

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

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

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

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

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

incomprensión lo psíquico y lo somático, como en todo afecto, aparecen indisolublemente unidos.

La interpretación psicoanalítica del síntoma corporal en la tarea clínica:

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

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

Tomaré una situación clínica hipotética en la que el sujeto que interpreta será un analista; el objeto de la interpretación, será un síntoma corporal que presenta un paciente, y el contexto en el que se formularán las distintas interpretaciones, será una sesión de análisis¹¹.

En el ejemplo, el síntoma corporal a interpretar será la TOS¹², ya que es tanto síntoma (sensación somática) para el paciente como signo (percepción) para el analista. Además puede ser interpretado como alteración orgánica, como irritación hística o, incluso, como acto fallido. Como arco reflejo, se encuentra a mitad de camino entre lo vegetativo y lo motor voluntario; y por lo tanto entre filogenia y ontogenia¹³.

¹¹. Para simplificar el ejemplo supondremos un sólo analista que recorre, en el lapso de una sola sesión, los distintos niveles de interpretación del síntoma corporal; aunque bien podría tratarse de distintos analistas o bien de distintas sesiones correspondientes a distintos períodos del análisis o, incluso, distintas épocas en la evolución del Psicoanálisis como ciencia.

¹². Como señalé en aquella oportunidad (1995a) la interpretación que haré de este síntoma en el ejemplo está basada en aproximaciones previsibles que no pretenden la validez de una significación primaria. A los fines de simplificar el ejemplo tomaré solamente el aspecto de irritación tusígena y no el de la dinámica respiratoria. Tampoco es esencial que el analista del ejemplo disponga de la fantasía específica del síntoma corporal a interpretar, ya que su contratransferencia puede orientarlo satisfactoriamente.

¹³. En trabajos anteriores (1994a, 1994b, 1995a) me he ocupado de diferenciar entre los síntomas corporales aquellos que pertenecen a la esfera vegetativa de aquellos otros que pertenecen a los órganos de la vida de relación; en esta oportunidad he preferido

Reunidos todos los elementos necesarios comencemos el ejemplo. El paciente comienza la sesión hablando, por ejemplo, de la relación conflictiva que tiene con su esposa; y, al mismo tiempo, comienza a intercalarse en su relato el síntoma corporal: el paciente tose. El analista percibe la tos, al principio, como una perturbación que ni deja hablar al paciente ni lo deja a él oír lo que este “dice”. No interpreta, al principio, la tos como contenido manifiesto sino como un ‘fondo’ en el que se presenta la ‘figura’ que es para él, en este momento, el discurso verbal del paciente.

La primera interpretación que el analista hace de la tos nace de la percepción, y es automática y casi inconsciente: **la tos es un síntoma de causa orgánica**; puede suponer que es la expresión de una bronquitis o laringitis, objetivable por signos físicos¹⁴. Aún no puede establecer una relación entre la tos y la biografía del paciente, ni tampoco relacionar el síntoma con el tema del cual se habla. Su aparición esporádica le resulta azarosa, o bien comandada por el curso misterioso de su enfermedad física.

Como vemos esta primera interpretación no surge de la comprensión psicoanalítica del síntoma sino, más bien, de la *incomprensión*. Privado de su sentido, lo psíquico genuino es percibido como somático.

La sesión prosigue, y la tos, poco a poco va dejando de ser ‘fondo’ para ir convirtiéndose en ‘figura’. Así, dificulta cada vez más el hablar del paciente, el analista debe esperar a que el paciente termine de toser para poder comprender el contenido manifiesto, y en ocasiones debe repetir sus interpretaciones ya que el paciente, mientras tose, no las puede oír.

El analista comienza a irritarse ya que siente que lo que el paciente había comenzado a decir antes de toser no es lo mismo que continúa diciendo luego de terminar de toser; también siente que cuando debe repetir su interpretación esta se encuentra ya fuera de *timing*.

El analista ha comenzado a profundizar su comprensión. Conoce su oficio y sabe que la perturbación que el síntoma produce en el análisis no debe ser menospreciada. Descubre entonces la **resistencia** que se oculta tras el síntoma corporal. Desde esta nueva comprensión ya no considera aleatorios a los episodios esporádicos de tos; más bien al contrario, le sirven de “brújula” para descubrir lo reprimido en los puntos de mayor resistencia.

tratarlos de manera conjunta, posponiendo esa compleja separación para un futuro análisis.

¹⁴. Muchas veces se apoya esta interpretación en el hecho de que el paciente refiere una consulta anterior con el médico clínico en la que los signos físicos enlazados al síntoma han sido objetivados.

Ahora puede notar que el paciente tose como un modo de defenderse inconcientemente de las interpretaciones que no puede escuchar, o de las asociaciones que no desea revelar. Comprende también que una actitud similar debe adoptar el paciente frente a su esposa. Es muy probable que en este punto, por haber superado una resistencia en su comprensión, acuda a la memoria del analista un recuerdo relacionado con esta situación¹⁵; en términos teóricos diríamos que se trata del “recuerdo reprimido”.

Recuerda, por ejemplo, que el padre del paciente padeció, desde joven, de bronquitis crónica, y era por lo tanto un gran tosedor. Recuerda también las frecuentes peleas entre los padres del paciente y la actitud desvalorizadora que la madre del paciente tenía hacia su esposo.

El analista, a partir del recuerdo, ha podido enlazar en una cadena significativa al síntoma con una vivencia de la vida del paciente; una vivencia individual, ontogénica y adquirida. A partir de ahora el síntoma corporal tiene, para el analista, un sentido en la vida de ese paciente; expresa, por ejemplo, que el paciente vivencia un acontecimiento actual (la pelea con la esposa) de acuerdo a un modelo adquirido en su infancia, es decir “repite en lugar de recordar”.

Si en este punto la sesión terminara y el analista debiera conceptualizar teóricamente el síntoma que ha interpretado, podría recurrir a la teoría de Freud, y pensar entonces que se trata de un síntoma histérico.

Si el analista da poco crédito a los registros perceptivos que acompañan al síntoma, podrá pensar que la tos no era “real”, sino “simulada”. Según esta interpretación, el síntoma histérico y el síntoma orgánico son mutuamente excluyentes. Siguiendo estas ideas, una interpretación lograda debería acabar con el síntoma.

Esta interpretación es la más frecuente frente a síntomas poco “objetivos” como una parálisis en manguito, o muy “subjetivos” como las náuseas. Ocurre también cuando el paciente refiere que el clínico “*no ha encontrado nada orgánico*”.

Aún si cree que la tos es el producto de una alteración orgánica real, puede continuar pensando en la utilización histérica del síntoma orgánico. Siguiendo algunas ideas de Freud pensará que la neurosis se vale de un trastorno orgánico preexistente para expresar su contenido. Sería una conversión por asociación mnémica que se vale de la sollicitación somática.

¹⁵. Bien podría ser que ese recuerdo “pertenezca” a una escena de la vida del analista; pero, para simplificar el ejemplo, diremos que en este punto el analista recuerda algo que el paciente le ha contado anteriormente, algo de su historia personal.

Según esta interpretación del síntoma corporal, histeria de conversión y enfermedad somática siguen siendo conceptos opuestos, pero ya no excluyentes. En esta teoría, una interpretación lograda acabaría con la utilización neurótica del síntoma... luego de la interpretación, el paciente debería tomar algún jarabe específico. Esta interpretación es la más frecuente frente a síntomas más “objetivos” como la fiebre o una *poussé* de una enfermedad crónica.

Pero en el ejemplo que propongo, la sesión aún no termina. El analista posee suficiente experiencia y conoce, en la teoría y en la vivencia, los desarrollos de Racker (1959) acerca de la utilización de la contratransferencia. Sabe que aquella respuesta emocional que le permitió descubrir la resistencia también puede ayudarlo a comprender lo **resistido**. Guiándose por sus sensaciones somáticas, encuentra en **su** irritación el afecto que el paciente reprime. Descubre que la misma sensación somática que en su conciencia es afecto, en el paciente es síntoma: la tos, una irritación del tracto respiratorio.

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

La utilización de la contratransferencia, en todas sus implicancias, le permitirá comprender que la irritación tusígena en el “cuerpo” simboliza a la irritación afecto en el “alma”, a la manera de un símbolo universal, que implica la utilización individual de un patrimonio filogenético heredado. El síntoma, integrado en una cadena de significación, expresa simbólicamente la irritación que el paciente siente y reprime en la transferencia, y a la cual alude mediante sus asociaciones acerca de la relación con la esposa. Es, a la vez, un capítulo de su biografía en el cual la irritación se experimenta como intolerable; un pedazo de su vida que en lugar de recordar, repite.

BIBLIOGRAFÍA

CHIOZZA, Gustavo (1993a)

La conversión, ¿fenómeno o concepto?, Simposio 1993, 5tas Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1993.

CHIOZZA, Gustavo (1994a)

Histeria de conversión y enfermedad somática: algunos interrogantes., Simposio 1994, 6tas Jornadas del CCMW, Buenos Aires 1994.

CHIOZZA, Gustavo (1994b)

Reconsideraciones sobre la histeria de conversión. (Sin publicar) Presentado en el CCMW, Buenos Aires, Agosto de 1994.

CHIOZZA, Gustavo (1995a)

Tres orígenes de la contratransferencia en la interpretación de los síntomas corporales. Simposio 1995, 7mas Jornadas del CCMW, Buenos Aires, 1995.

CHIOZZA, Luis (1976)

Cuerpo, afecto y lenguaje, Paidós, Buenos Aires, 1976.

CHIOZZA, Luis (1978)

El problema de la simbolización en la enfermedad somática, en Trama y Figura del enfermar y del psicoanalizar, Paidós, Bs.As., 1980.

CHIOZZA, Luis (1986)

¿Por qué enfermamos?, Ed. Alianza, Buenos Aires, 1986.

CHIOZZA, Luis (1989)

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

CHIOZZA, Luis y col. (1990)

Los afectos ocultos en..., en Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991.

FREUD, Sigmund (1890a)

Tratamiento psíquico (tratamiento del alma), en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1895d)

Estudios sobre la histeria, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1905a)

Sobre psicoterapia, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1905d)

Tres ensayos de teoría sexual, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1905e)

Fragmento de análisis de un caso de histeria, en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1910a)

Cinco conferencias sobre psicoanálisis, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1910i)

La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1915c)

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

FREUD, Sigmund (1915e)

Lo inconciente, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1916-17)

Conferencias de introducción al psicoanálisis, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1926d)

Inhibición, síntoma y angustia, en Obras Completas, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1940a)

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

GROSSMAN y GROSSMAN (1965)

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

PINTO, José María (1981)

Acerca de lo "patosomático" en la histeria, EIDON, Año 8 N° 15, Bs. As. 1981.

RACKER, Enrique (1959)

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