



Trabajo final de grado

**La histeria en la etapa pre-analítica de la obra
freudiana.**

Estudiante: Mijail Stankevicius Terrile

CI.:4.182.003-3

Tutora: Ast. Mag. Verónica Pérez Horvath

Revisora: Ast. Mag. Paola Behetti

25 de octubre de 2020

ÍNDICE

I.	Resumen.....	Pág. 3
II.	Introducción.....	Pág.4
III.	Consideraciones iniciales.....	Pág. 6
IV.	La histeria.....	Pág. 8
V.	La psicoterapia en la histeria.....	Pág.19
VI.	La conversión histérica.....	Pág. 22
VII.	Caso de la Señora Emmy Von N.....	Pág. 31
VIII.	El cuerpo y teoría sexual.....	Pág. 35
IX.	Consideraciones finales.....	Pág. 43
X.	Referencias bibliográficas.....	Pág. 46

RESUMEN

El presente trabajo pretende abordar un recorrido sobre la noción del cuerpo en psicoanálisis desde los escritos preanalíticos en la obra de Sigmund Freud. Que abarcan desde *Estudios sobre la histeria (1893/1895)* hasta *Tres ensayos de teoría sexual (1905)*. Se desarrollará una detenida producción de conocimiento teórico que busque revisar, analizar, sistematizar e integrar desde el campo temático escogido los elementos conceptuales pertinentes. Se trabaja sobre el desarrollo de escritos freudianos que hacen referencia al cuerpo y para eso es ineludible hablar de la neurosis histérica. Se integran conceptos psicoanalíticos que se desprenden de *Estudios sobre la histeria* fundamentalmente, en articulación con la teoría sobre la sexualidad en Freud de *Tres ensayos de teoría sexual* intentando dar cuenta de este primer momento de elaboración teórica. A través de casos clínicos de este período me sirvo para desglosar el mecanismo y la etiología del síntoma histérico haciendo énfasis en el carácter conversivo de la histeria.

Palabras clave: Cuerpo – Histeria – Conversión

Introducción

En la presente monografía, en el marco del trabajo final de grado, se desarrolla el tema del cuerpo en la obra de Sigmund Freud.

Específicamente se abordó la noción de cuerpo de la obra freudiana comprendido dentro del cuadro clínico de histeria y su entramado con la sexualidad.

La importancia que fundamenta el interés por el tema escogido surge a raíz de la presencia en la clínica del sujeto que manifiesta un fenómeno corporal, como es el caso del síntoma somático, encarnando de este modo su historia libidinal.

Con dicha presencia me refiero al paciente que concurre a la consulta con su decir, no solo desde el lenguaje verbal y no verbal, sino también con su cuerpo afectado en el cual irrumpe lo inconsciente con su respectivo correlato físico. Es decir, el salto o pasaje de procesos psíquicos en procesos somáticos.

El fenómeno corporal o el síntoma somático no es único y propio de la histeria, si bien esta afección neurótica en el contexto histórico de Freud sí circunscribía a tales manifestaciones como características de la histeria y aportó la novedad de concebir una manera distinta de ver al cuerpo.

Por lo tanto, mis preguntas son, ¿cuál es el mecanismo por el cual este pasaje ocurre? y ¿cómo se logra desentramar la historia de un sujeto que se presenta en la clínica desde su organismo afectado, por el dolor, fenómenos motores y sensoriales? Para así hallar la causa de su sufrimiento psíquico enmascarado en el padecimiento orgánico.

El marco teórico que utilizo es el que fundamenta la labor en la clínica psicoanalítica desde los escritos de Freud, en particular los relacionados con la histeria y la teoría sexual. Partiendo de la base sobre sus teorizaciones acerca del valor del trabajo de la representación inconsciente y del afecto con su correspondiente efecto en el cuerpo.

Para esto propongo cinco capítulos que tienen como eje vertebrador los *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1893/1992) y el trabajo de *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud,

1905/1992). En un principio sitúo al lector dentro de unas consideraciones iniciales que ya cuentan con elaboración conceptual sobre el tema para contextualizar los siguientes desarrollos.

De ese eje se desprenden los diferentes capítulos, en un primer lugar, el de la Histeria, en segundo lugar, La psicoterapia de la histeria, en tercer lugar, el capítulo de La conversión histérica y por último, en cuarto y quinto lugar, Señora Emmy Von N. y El cuerpo y teoría sexual respectivamente.

Se detalla a modo de cierre del trabajo una serie de consideraciones finales que darán cuenta del recorrido realizado.

Consideraciones iniciales

El presente trabajo final de grado se enmarca dentro de la teoría psicoanalítica.

Desde un principio mi inclinación por la Psicología y la carrera tuvo como motivo principal conocer el psicoanálisis como la teoría para pensar el trabajo en la clínica.

La disección analítica y su labor arqueológica me resultaron insumos que en base a mis preferencias al momento de pensar la intervención psicológica considero oportunas para el abordaje y alivio del sufrimiento psíquico.

A su vez, si se trata de conocer y de saber lo que se ignora y se manifiesta en un corolario repetitivo y de extraño sentido en la existencia de toda persona, los aportes de Freud son la base para comprender y resignificar aquello que es del orden de lo enigmático que tanto inquieta a quienes se ven compelidos a aventurarse en un análisis.

En esta monografía se plantea la interrogante acerca cómo entender los síntomas de la histeria.

El por qué de esta neurosis, resulta de importancia fundante para el psicoanálisis, son sus inicios y desde donde se esboza mucho de lo que después sirvió de base para trabajos ulteriores como es el caso de un concepto fundamental como es el de la represión.

Ya en 1893 la visión sobre lo que resulta de la investigación analítica prefigura su actual vigencia. En la comunicación preliminar sobre *el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* Freud y Breuer dicen "(...) el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser abreaccionado casi de igual modo" (Freud, 1893/1992, p. 34).

En esta corta cita encontramos en el marco de la primerísima historia del movimiento psicoanalítico la importancia de la palabra, de su efecto terapéutico, de ese "apalabrar" que verbaliza en muchas ocasiones lo sofocado y desalojado de la representación consciente por el yo que se defiende ante un contenido que implica un menoscabo.

Todo esto acarrea sus efectos psíquicos y corporales tan evidentes en la histeria que luego en el desarrollo del trabajo se irán ejemplificando.

Retomo en esta introducción el tema del saber, en *Sobre la psicoterapia de la histeria* del mismo libro de *Estudios sobre la histeria*, se señala:

Vale decir: una fuerza psíquica, la desinclinación del yo, había originariamente esforzado afuera de la asociación la representación patógena, y ahora contrariaba su retorno en el recuerdo. Por tanto, el no saber de los histéricos era en verdad un ... no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa *resistencia de asociación* mediante un trabajo psíquico. (...) (Freud, 1893/1992, p.276).

Una vez más se vislumbra un esbozo de teoría que acompaña la labor analítica del terapeuta en ese esforzar sobre la resistencia, que se opone al trabajo en la cual el paciente se afana en una actitud acrítica.

En consecuencia, la conversión histérica es el punto nodal de este trabajo para aproximarse al cuerpo en tanto lugar de entramado de la historia libidinal del sujeto. Y señalé también el menoscabo, con esto me refiero a la naturaleza penosa a la que Freud se refiere cuando habla de aquella representación de determinada vivencia que se concibió inconciliable y que por ende fue alejada del recuerdo.

Todo esto lo indica su colaborador Breuer en su parte teórica al decir, "Si el afecto originario no se aligeró en el reflejo normal, sino en un reflejo anormal, también este es vuelto a desencadenar por el recuerdo; la excitación que parte de la representación afectiva es *convertida* (Freud) en un fenómeno corporal." (Freud, 1893/1992, p. 217).

Freud sostiene que los síntomas histéricos son la transcripción de procesos anímicos que por su investidura de afecto les fue denegado el pasaje a la conciencia y cuya descarga es a través de lo somático. Por este motivo voy a abordar la sexualidad infantil como referencia fundamental para comprender la relación de la histeria con el cuerpo.

La histeria

Freud en un escrito de 1888, *Histeria*, muy primario en sus elaboraciones pero no por eso menos rico en apreciaciones, con un carácter enciclopédico, nos formula aspectos que la definen, determina que “es una neurosis en el sentido más estricto del término; vale decir que no se han hallado para esta enfermedad alteraciones (anatómicas) perceptibles del sistema nervioso, (...)”. (Freud, 1888/1992, p. 45).

Sorprende, hasta el día de hoy y más que nada para el discurso médico, aunque estemos a más de un siglo de estas observaciones, que no exista lesión real, pese a la gran perturbación que se puede alcanzar, “los síntomas histéricos son móviles de una manera que de antemano refuta toda conjetura de lesión de materia”. (Freud, 1888/1992, p. 53)

La presente monografía abarca el cuerpo en la histeria desde el psicoanálisis. Desde el comienzo este se nos ofrece deslindado de la noción de un cuerpo en tanto instrumental, orgánico. Freud enuncia que la histeria y sus afecciones “de ningún modo ofrecen un reflejo de la constelación anatómica del sistema nervioso. Se puede decir que, acerca de la doctrina sobre la estructura del sistema nervioso, la histeria ignora tanto como nosotros mismos antes que la conociéramos”. (Freud, 1888/1992, p. 53).

Incluso ya se señala en *Histeria* la presencia de alteraciones en las representaciones y en sus asociaciones, las primeras entendidas para Freud como la reproducción de una percepción anterior y escindidas del afecto. Y apela a una explicación cuantitativa para designar este fenómeno como “unas modificaciones en la distribución normal, sobre el sistema nervioso, de las magnitudes de excitación estable”. (Freud, 1888/1992, p. 54).

Haciendo referencia a este otro cuerpo que aparece en la teoría freudiana Paul Laurent-Assoun en su libro *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma* menciona:

Puede suceder, no obstante, que debajo de ese “verdadero cuerpo” surja algo-un resto, un dolor intempestivo sin causa aparente, un goce inabordable- que permite sospechar que ese cuerpo del sujeto también vive una vida que parece desafiar en parte a la “vida orgánica”, o darle su verdadera significación. De ese “resto” el médico hará espontáneamente un factor... psicológico. Cuando en realidad (...) se trata realmente *del* cuerpo, pero no del resultante del juego de los órganos. Razón para sospechar que el órgano juega... “un doble juego”. (Assoun, 1998, p. 17).

En los momentos incipientes de los escritos freudianos, los cuales se ofrecen de marco a *la Comunicación Preliminar* los autores nos señalan una cantidad importante de resultados prácticos y teóricos, no obstante es de destacar lo siguiente: “En el aspecto *teórico*, porque nos han probado que el factor accidental comanda la patología de la histeria en una medida que rebasa en mucho la notoria y admitida.”(Freud,1893/1992, p. 29).

Destaco la importancia de este factor accidental sobre todo teniendo en cuenta el contexto histórico, donde este tipo de patologías eran discernidas y puestas en el compartimento clasificador de la degeneración¹. No es menor el salto que dan aquí tanto Freud como Breuer en apuntar la mirada hacia la historia y al caso singular de quien como médicos que eran observaban.

En el texto nos remiten a un suceso que sirve de puntapié inicial, el cual produce el fenómeno y el elemento esencial que acompaña el resto de la teoría freudiana, lo **determinado** por el ocasionamiento dentro de una estratificación que luego se detalla en el presente trabajo.

Sirva de ejemplo, algo muy simple que ellos explicitan y aúna factores que pertenecen al cuerpo, a lo orgánico y lo psíquico detallando que, “un afecto dolorido, generado en el curso de una comida, pero sofocado, produce luego náuseas y vómitos, y estos últimos duran meses como vómitos histéricos.” (Freud,1893/1992, p. 30).

Resalto su importancia como hallazgo para la clínica, la medicina y psicología hasta el día de hoy cuando muchas veces tantos síntomas físicos quedan en el terreno de lo inespecífico por no hallar infección, lesión, etc.; cuando en realidad es del orden de la subjetividad y la representatividad como se manifestó en el anterior ejemplo.

El texto de la *Comunicación preliminar* permite reflexionar sobre aspectos teóricos en los cuales se nos presenta al cuerpo como resultante de un efecto psíquico. Se acentúa en el afecto arrancado a la huella mnémica de una representación que devino patógena.

Me refiero a huellas de excitación que afluyen en el organismo, entendido esto dentro de un marco más bien fisiológico, en el sentido de huellas mnémicas de la primera

¹ La teoría de la "degeneración" (Morel, Magnan) tuvo una gran influencia en todos los médicos de la época, en el contexto del higienismo en el cual se adjudicaba a factores externos como el clima por ejemplo, enfermedades físicas y mentales. *El tratado de degeneración de la especie humana* (1857) de Benedict A. Morel tuvo una gran influencia en la ciencia, retomado por Magnan a finales del siglo XIX y hasta en la actualidad cobra relevancia a pesar de las críticas. En palabras de (Copani, S. 2009, p.428), “Morel pretendía sustituir una clasificación sintomática por una clasificación etiológica de las enfermedades mentales. (...) , solo cuando están claramente determinadas las causas se podrá crear una red clasificatoria de nosologías y de una terapéutica o profiláctica para cada patología. Y es a partir de esa red causal explicativa que Morel crea el principio general de toda su obra: “ Los seres degenerados forman grupos y familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en eso que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad (Morel, 1857.p.75).”

satisfacción – placer de la disminución de la excitación - así como también de las huellas del objeto de la satisfacción. Laplanche y Pontalís (1981) respecto de este concepto dicen: “término utilizado por Freud, a lo largo de toda su obra, para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Las huellas mnémicas se depositan, según Freud, en diferentes sistemas; persisten de un modo permanente, pero solo son reactivadas una vez catectizadas.”

Se estipula un monto de afecto desde una perspectiva cuantitativa, el cual queda por fuera de la conciencia y sugiere la idea de defensa que no está expresada literalmente en el texto, el proceso represivo en este pasaje radica en la ausencia de un gesto, que es el de reflejo o reacción frente a determinada vivencia la cual acarrea un plus a significar; si se le da trámite o se soporta.

Frente a lo expresado en la *Comunicación preliminar* se detalla lo siguiente:

El empaldecimiento o pérdida de afectividad en un recuerdo depende de varios factores. Lo que sobre todo importa es *si frente al suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no*. Por “reacción” entendemos aquí toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza. (Freud, 1893/1992, p. 34)

Lo que no es reflejo normal, no ocasiona la reacción, repercute en el sistema nervioso en tanto inervación somática en la cual se convierte la suma de excitación, por ejemplo en dolor orgánico. “Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo. Un ultraje devuelto, aunque sólo sea de palabra, es recordado de otro modo que un ultraje que fue preciso tragarse. El lenguaje reconoce también ese distinguo en las consecuencias psíquicas y corporales (...)”. (Freud, 1893/1992, p. 34).

Dentro de sus observaciones los autores prosiguen mediante pasajes revelando mecanismos psíquicos, no sólo la acción es la vía de desasimiento del afecto, también lo es el lenguaje como ya se mencionó en este trabajo. Y es aquí donde aparece el término abreacción.

Se entiende por este la “descarga emocional, por medio de la cual un individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, lo que evita que este se convierta en patógeno o siga siéndolo (...)”. (Laplanche & Pontalís, 1981, p. 1).

Sin embargo, frente al trauma psíquico no es la única medida de tramitación del contenido en un caso normal.

El recuerdo, que cumple un desempeño muy importante en la histeria, no solo es abreaccionado sino que también entra en el juego de las vías de asociación, en el entramado de ese complejo que dentro de la normalidad el afecto por esta circulación es desgastado.

Sin embargo, refiriéndose a la histeria, Breuer y Freud en su comunicación nos muestran que “los recuerdos que han devenido ocasionamiento de fenómenos histéricos se han conservado durante largo tiempo en asombrosa frescura y con su plena afectividad”. (Freud 1893/1992, p. 35).

La importancia de la anterior cita radica en la no abreacción y en la interceptación de la reacción. Para comprender esta vigencia de la afectividad, es necesario situar un suceso que afectó al sujeto y que no respondió desde una reacción enérgica mediante una serie de reflejos. Existe un acontecimiento que afecta e implica su reacción o su falta frente al mismo, si es éste el último caso, una sofocación de la reacción, es allí donde el afecto queda unido al recuerdo.

Frente al trauma quién es afectado en su declaración, al momento de verbalizar por medio de un reflejo adecuado logra la descarga del afecto y evita el caso de su falta de empaldecimiento que abona un campo fértil al fenómeno del síntoma en la histeria.

Todo esto se encuentra señalado claramente en la *Comunicación preliminar*: “Cabe decir, pues, que *las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de asociación desinhibida.*” (Freud, 1893/1992, p. 37).

Resulta ineludible hablar de histeria y recorrer diferentes situaciones que se refieren a los órganos, los sentidos, aspectos motores. El cuerpo, pero no el de la lógica médica, sino que es otro cuerpo afectado en su función y no desde la afectación real del órgano con una anatomía lesionada.

En *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas de 1893*, Freud demuestra esa separación entre lesión propiamente orgánica y dinámica. (Freud, 1893/1992).

Sugiere la idea de otro cuerpo, “lo que va a aparecer bajo el escalpelo clínico es la verdad de que un cuerpo puede ocultar otro, que una anatomía puede albergar y disimular simultáneamente otra.” (Assoun,1998, p. 36).

Traigo este texto a colación, al considerarlo importante a la hora de plantear la noción del cuerpo freudiano en la histeria. En la comparación entre los síntomas histéricos y orgánicos, Freud se va separando de la neurología para adentrarse en la psicología y de este modo abordar las causas de los síntomas que no hallan explicación, como mencionaba más arriba, dentro de la respuesta médica, la cual sería la del daño del tejido nervioso.

Freud en su estudio comparativo ya adelanta al tratar las parálisis de proyección y de representación la idea propia de un doble cuerpo, “a menudo se ha atribuido a la histeria la facultad de simular las afecciones orgánicas más diversas”. (Freud,1893/1992, p. 199).

Esta idea de otro cuerpo es afirmada de una forma muy clara cuando sostiene:

Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella.* (Freud,1893/1992, p. 206).

En la misma línea del trabajo *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas de 1893*, se deslinda de la anatomía nerviosa y se apunta a una concepción basada en nuestras percepciones, por ejemplo visuales.

Entonces la parálisis histérica pasa a ser “alteración de la concepción (representación); de la idea del brazo”, por ejemplo. “(...) La lesión sería entonces la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo. Este se comporta como si no existiera para el juego de las asociaciones”. (Freud,1893/1992, pp. 207-208).

En virtud del ataque histérico por ejemplo, en episodios de agitación motriz un cierto grupo de representaciones generadas por estados hipnoides, término introducido por Breuer, por los cuales se entiende que son un tipo de “(...) estado de conciencia análogo al que produce la hipnosis; durante él los contenidos de conciencia que aparecen apenas entran, o no entran en absoluto, en ligazón asociativa con el resto de la vida mental (...)”. (Laplanche & Pontalis, 1981, p. 130). De todo esto se pueden inferir los efectos patógenos de dichas asociaciones no integradas.

Esta exclusión del comercio asociativo conformaba una conciencia segunda, de lo cual se desglosa que; “Según eso, un síntoma histérico permanente corresponde a una penetración de ese estado segundo en la inervación corporal gobernada de ordinario por la conciencia normal; (...)”. (Freud, 1893/1992, p. 41).

Posteriormente, Freud se distancia de este término considerando que se apartaba de los factores psicológicos como productores de la histeria, y no aportaba la solución ante la insuficiencia de la idoneidad determinadora de la escena traumática que provoca el síntoma.

De todos modos, cito este aspecto de la teoría de la *Comunicación preliminar* porque me parece interesante cómo se vincula al cuerpo.

Más aún cuando se menciona la zona histerógena la cual es una región del cuerpo susceptible de fenómenos sensitivos y que se torna erógena por desplazamiento. Su estimulación comprueban tanto Charcot en la Salpêtrière de París -meca de la psicopatología y neurología- como Freud que provoca el ataque histérico.

Retomando el valor del descubrimiento del factor accidental y yendo a la historia libidinal del sujeto encarnada en el síntoma histérico y de su determinismo encontramos en *La etiología de la histeria* (Freud, 1896/1992) que ese síntoma mismo testifica la historia genética de la enfermedad. Esa trasmutación de energía psíquica por medio de inervación somática que se expresa en el fenómeno corporal.

Le adjudica a Josef Breuer el descubrimiento y dice: “Los síntomas de la histeria (...) derivan su determinismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de las cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica”. (Freud, 1896/1992, pp. 192-193).

Freud aporta a esta compleja causación de la histeria una tesis que considera fundamental dada la cadena asociativa, en la cual a la vivencia le corresponden otras anteriores. De allí se desprende esa arqueología que mencioné en un principio de este trabajo.

El trabajo clínico le hace concluir que, “ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma.” (Freud, 1896/1992, p. 196).

De esta cooperación, infiere el autor, la vivencia que suscita la cadena mnémica desata la excitación que propicia el síntoma, como el caso del vómito histérico.

Siguiendo la línea de la trama de su arborescencia genealógica, dicha vivencia en una gradación hacia atrás en los eslabones de la cadena despierta recuerdos pertenecientes a otra, y a su vez de otro síntoma que también se refiere a otra parte que compromete al cuerpo.

El determinismo de la vivencia evidencia, entonces, dos series a las cuales corresponde en un movimiento de divergencia para terminar en una convergencia nodal.

Surge de este seguimiento propio de la actividad analítica que Freud enseña, algo que irrumpe como resultado y viene a marcar a fuego al psicoanálisis: “No importa el caso o el síntoma del cual uno haya partido, *infalliblemente se termina por llegar al ámbito del vivenciar sexual*. Así se habría descubierto, por vez primera, una condición etiológica de síntomas histéricos”. (Freud, 1896/1992, p. 198).

En este escrito sobre la etiología de la histeria Freud arriba al territorio de la sexualidad y en lo que después será de importancia capital para el desarrollo del ser humano desde la perspectiva psicoanalítica. Son las tempranas experiencias de la sexualidad infantil.

Por medio de una serie de interrogantes que Freud realiza frente a la niñez de ciertas vivencias traumáticas que aparecen como últimas adquisiciones del material mnémico y que carecen de esa idoneidad determinante dada su puerilidad.

Freud se adelanta a las objeciones, desde una serie de cuestionamientos que resultan disparadores para el lector. De algún modo colige lo que en una etapa posterior de la niñez se muestran como exteriorizaciones de la neurosis con su raíz en vivencias infantiles portadoras a su vez de efectos psíquicos a través de las inscripciones del patrimonio mnémico.

Es muy esclarecedor seguir el lineamiento de preguntas que se hace y nos remite ya a la idea de la sexualidad infantil años antes de sus ensayos al respecto, cuando interpela al lector a través de una serie de preguntas:

¿Qué tal si se dijera que uno debe buscar el determinismo de estos síntomas en otras vivencias, que se remontan todavía más atrás, y entonces obedecer aquí por segunda vez a aquella ocurrencia salvadora que antes nos guió desde las primeras escenas traumáticas hasta las cadenas que había tras ellas? (...). Pero, ¿no se tiene derecho a suponer que tampoco en la infancia faltan unas excitaciones sexuales leves, y, más aún, que acaso el posterior desarrollo sexual está influido de la manera más decisiva por vivencias infantiles? (Freud, 1896/1992, p. 201).

En vista de este resultado hallado se complementa la tesis de Freud sobre el surgimiento impetuoso de la histeria, la sexualidad infantil pasa a formar parte de la persona sana, la cual alberga escenas sexuales infantiles como recuerdos inconscientes.

La defensa actúa para desalojar de la conciencia la representación inconciliable cuando se vincula por medio de asociación con dichas escenas primigenias. Lo cual nos conduce a un concepto vertebral de la teoría psicoanalítica que es el de conflicto psíquico.

De lo antedicho se desprende el valor de lo inconsciente, instancia psíquica sin el cual no es posible el síntoma histérico, argumento medular que Freud sintetiza al afirmar que, “los síntomas histéricos son retoños de unos recuerdos de eficiencia inconsciente”. (Freud, 1896/1992, p. 210).

Quiero retomar el aspecto anodino de la escena que desencadena el síntoma histérico y su desproporcionalidad causa-efecto.

No es la última situación mortificante que genera el estallido. No es el carácter nimio de esta última, sino su eficacia para despertar otros recuerdos aún más graves que encubren impresiones recibidas en la niñez.

Me interesa destacar esto, porque de aquí Freud propone el enlace falso tanto en el caso que exista capacidad conversiva, o no, como lo es en las representaciones obsesivas lo cual señala en su trabajo de *Las neuropsicosis de defensa* de 1894.

En el caso de la histeria nos dice:

Y no es otro, en definitiva, el enigma de los puntos histerógenos; si ustedes tocan uno de esos lugares singularizados, hacen algo que no se proponían: despiertan un recuerdo capaz de desencadenar un ataque convulsivo, y como ustedes nada saben de ese eslabón psíquico intermedio, referirán el ataque, como efecto, directamente al contacto de ustedes como causa. Los enfermos se encuentran en esa misma ignorancia y por eso caen en errores semejantes: de continuo establecen “enlaces falsos” entre la ocasión última consciente y el efecto que depende de tantos eslabones intermedios. (Freud, 1894/1992).

Esta larga cita viene a sugerirnos el divorcio entre afecto y representación, y la liberación del primero y de su capacidad adhesiva con representaciones que son conciliables para la conciencia.

Un aspecto muy importante en la teoría analítica y fundamental en la de la neurosis, que en la histeria Freud detalla en su estructura, es el papel de la fantasía.

En la carta 126 a Wilhem Fliess nos dice “todo se nos reduce a la reproducción de escenas. Unas se alcanzan directamente, otras, sólo a través de fantasías antepuestas. Las fantasías provienen de algo oído que se comprendió supletoriamente(...)”. (Freud, 1897/1986, p. 254).

En el *Manuscrito M*, anexo de la carta 128 de 1897 también en el marco de la correspondencia de Freud con Fliess además de darle lugar al papel de las fantasías, nos indica el movimiento del trabajo psíquico y de su estratificación que se detalla posteriormente en este monografía.

En la misma línea, las fantasías que son un medio para llegar a las escenas que causaron impresión, se encuentran ordenadas según resistencia creciente. De las cuales las primeras acuden a la consciencia de modo incompleto por estar asociadas con otras que se encuentran bajo un mayor influjo de la represión; y lo expresa al señalar que “el camino de trabajo desciende primero en círculos ‘a’ las escenas o hasta su cercanía, después baja un tramo más desde un síntoma, y otra vez desde el síntoma hacia abajo”. (Freud, 1897/1986, p. 263).

Lo interesante de esta cita, más allá de lo rebuscada que pueda parecer, es contextualizar la forma en cómo concebía Freud el recorrido del tratamiento, el cual, discurre dando vueltas zigzagueantes.

El desempeño de la fantasía en la histeria al someterse a psicoanálisis es observado por Freud en la exteriorización del padecimiento en el ataque mismo de la histérica. Reviste de interés el hecho de que estas fantasías inconscientes son “proyectadas sobre la motilidad, (...). El ataque se vuelve incomprensible por el hecho de que en un mismo material se figuran a la vez varias fantasías, (...)” (Freud, 1909/1992, p 207).

Responden a situaciones diversas, ya sea a un deseo reciente y a una impresión infantil que es reanimada, siendo aquí donde entra el cuerpo como escenario ya que “las mismas inervaciones sirven luego a ambos propósitos.” (Freud, 1909/1992, p. 208).

En concordancia con lo desarrollado hasta aquí menciono la importancia del principio de constancia que se trata con claridad en la *Comunicación preliminar*.

Dicho principio deja aún efectiva la teoría de la etiología de la histeria, aunque el acento después para Freud recae sobre la fantasía en vez que sobre la vivencia, James Strachey en su introducción a *Estudios sobre la histeria* nos dice que:

(...) se infiere que una hipótesis dinámica, bajo la forma del principio de constancia, ya estaba implícita en la teoría del trauma y la abreacción. Y cuando llegó el momento de ampliar los horizontes y de atribuir una

importancia mucho mayor a la pulsión que a la vivencia, no hubo necesidad de modificar la hipótesis básica. (Freud,1893/1992, pp. 14-15).

Recordemos la vinculación entre los afectos y las cantidades de excitación, la descarga que estas últimas imponen de acuerdo al principio de constancia a la vida anímica, apunta a mantener lo más bajo posible su cantidad de excitación.

La vivencia traumática exige una intensidad elevada de excitación para ser tramitada de manera normal. En una nota a pie de página Strachey indica que, en la conferencia del 11 de enero de 1893, Freud enunció este principio como sigue:

Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que por el momento "llamaremos la suma de excitación". Ahora bien, en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empujarse esa suma de excitación. (Freud,1893/1992, p. 14)

De aquí se desprende la importancia clínica de la abreacción del afecto dado sus efectos patógenos, cabe señalar el cambio de la técnica al abandonar la hipnosis y que este tipo de descarga dió lugar a modo de inicio y de manera paulatina al proceso de elaboración psíquica.

No es el objetivo de esta producción teórica abordar las fases o alteraciones de la técnica realizadas por Freud pero esta cita puede contextualizar al lector:

Al principio, en la fase de la catarsis breueriana, se enfocó directamente el momento de la formación de síntoma y hubo un empeño, mantenido de manera consecuente, por hacer reproducir (*reproduzieren*) los procesos psíquicos de aquella situación a fin de guiarlos para que tuvieran su decurso a través de una actividad conciente. Recordar y abreaccionar eran en aquel tiempo las metas que se procuraba alcanzar con auxilio del estado hipnótico. Luego, después que se renunció a la hipnosis, pasó a primer plano la tarea de colegir desde las ocurrencias libres aquello que él denegaba recordar. Se pretendía sortear la resistencia mediante el trabajo interpretativo y la comunicación de sus resultados al enfermo; así se mantenía el enfoque sobre las situaciones de la formación de síntoma y sobre aquellas otras que se averiguaban presentes detrás del momento en que se contrajo la enfermedad; en cambio, la abreacción era relegada y parecía sustituida por el gasto de trabajo que el analizado tenía que prestar al vencer, como le era prescrito (...), la crítica a sus ocurrencias. (Freud, 1914/1992, p. 149).

Para terminar con este capítulo retomo el abandono por parte de Freud de la afirmación de la etiología traumática de la histeria en favor de la fantasía y su importancia. En síntesis, Breuer y Freud sostenían que:

Los síntomas histéricos eran afectos persistentes de traumas psíquicos; particulares condiciones impidieron la elaboración consciente de las masas de afecto que les correspondían, y por eso ellas se facilitaron una vía anormal en la inervación corporal. Las expresiones “afecto estrangulado”, “conversión” y “abreacción” resumen las notas distintivas de esta concepción. (Freud, 1909/1992)

La primera postura partía de la base de lo que era resultado del método catártico, anterior al método propio del psicoanálisis. No es objetivo de este trabajo reparar en aspectos metodológicos, pero si cabe mencionar que tanto Breuer como Freud, llegaban a inquirir muy lejos los traumas psíquicos que derivaban de los fenómenos histéricos. Lo cual derivaba en vivencias propias de la infancia del paciente y pertenecientes a la dimensión de su sexualidad. Por lo tanto, la etiología de la histeria quedaba comprendida en vivencias sexuales infantiles.

Pero esto no se mantuvo igual a medida que Freud fue avanzando en su práctica y teorización clínica:

(...) un número desproporcionadamente grande de casos en que la seducción por adultos u otros niños mayores desempeñaba el papel principal en la historia infantil. Sobrestimé la frecuencia de estos sucesos (los cuales, por otra parte, no pueden ponerse en duda), tanto más cuanto que a la sazón yo no sabía distinguir con certeza entre los espejismos mnémicos de los histéricos acerca de su infancia y las huellas de los hechos reales; desde entonces he aprendido, en cambio, a resolver muchas fantasías de seducción considerándolas como unos intentos reales, por defenderse del recuerdo de la propia práctica sexual (masturbación infantil). (...). La práctica sexual infantil (...) marca la dirección que seguirá la vida sexual tras la madurez. (Freud, 1909/1992).

Por lo tanto, la manera de concebir el mecanismo de la sintomatología en la histeria resulta corregido, ya no recae el acento en el recuerdo reprimido de la vivencia temprana infantil, sino que entre esa formación de compromiso que es el síntoma, el fracaso de la defensa misma, y las impresiones infantiles cobra predominio la invención del recuerdo. Lo que equivale decir que el énfasis está ubicado en la fantasía.

A su vez, la importancia se sitúa más del lado de la reacción frente a la vivencia sexual, que, ante la excitación experimentada por parte del sujeto, vale decir, en la represión y su influjo, lo que anteriormente fue el papel del factor accidental.

La Psicoterapia en la Histeria

Freud y Breuer en su investigación sobre las causas de los fenómenos histéricos hallan la metodología para su tratamiento. El factor funcional para este método fue encontrar que, una vez despertado el recuerdo del enfermo, el síntoma desaparecía y lograba poner en palabras lo sucedido en la hipnosis junto al afecto que acompañaba la vivencia.

Expresaron el modo de comprender estos efectos terapéuticos de la siguiente manera:

Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis) o al cancelarla por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia. (Freud, 1893/1992,p 42).

Freud en su escrito *Sobre la psicoterapia de la histeria (1893)* detalla cómo se encuentra con las diferentes dificultades tanto en la hipnosis como en su método catártico, pero no me propongo aquí hacer un análisis del texto.

Sí me interesa destacar un aspecto propio de la etiología de esta neurosis, que es su reincidencia encontrando su explicación en el sobredeterminismo de su origen, no obstante, señala que “tiene permitido esperar que esa conjugación no haya de sobrevenir enseguida otra vez, por más que algunos factores etiológicos permanezcan vigentes”. (Freud,1893/1992, p. 270) .

Ante la demanda de hacer recordar a sus pacientes sobre lo ocasionador del síntoma se enfrentó a dificultades. Frente a esto resuelve un “esforzar” superando su propia resistencia.

Afirma que, “mediante mi trabajo psíquico yo tenía que superar en el paciente una fuerza que contrariaba el devenir-consciente (recordar) de las representaciones patógenas.” (Freud, 1893/1992, p. 275).

Esta corriente que contraría se debe al tipo de representaciones que revisten una naturaleza penosa, del orden del asco, de la vergüenza, el reproche y toda una serie de

afectos que son preferibles olvidar, de aquí la idea de la defensa. Lo que hace expulsar fuera de la conciencia la representación con dicho carácter.

Nos posicionamos en un esquema que ubica al Yo del enfermo frente a una representación inconciliable que atrae una fuerza de repulsión a modo de defensa.

Freud al respecto comenta que “en varias epicrisis de nuestros historiales clínicos,(...), he intentado indicar las hipótesis psicológicas con ayuda de las cuales uno puede volver intuible el nexo: el hecho de la conversión.” (Freud, 1893/1992, p. 276).

Respecto a la ya referida nimiedad de ciertas representaciones, Freud vuelve a detallar este aspecto el cual reviste de mucha importancia siendo el lugar en el cual actúa la defensa, significando algo superfluo que trae el paciente como la antesala de un posterior esclarecimiento:

En efecto, es signo de una defensa lograda que las representaciones patógenas hayan de aparecer como de tan escasa sustancia en su reafloreamiento; de ahí uno puede inferir en qué consistió el proceso de la defensa: en tornar débil la representación fuerte, arrancarle el afecto. Al recuerdo patógeno se lo discierne, pues, entre otros rasgos distintivos, por el hecho de que los enfermos los tildan de inesencial y los enuncian sólo con resistencia. (Freud,1893/1992, p. 286).

El rol que juega la resistencia le confiere a la histeria ser un producto de la represión, en la cual ésta actúa mediante una fuerza propia de la defensa de la representación inconciliable.

La representación reprimida pasa a ser una huella mnémica de una intensidad menor y “el afecto que se le arrancó es empleado para una inervación somática: conversión de la excitación” (Freud, 1893/1992, p. 291).

De esta descripción, Freud denomina a este mecanismo psíquico como histeria de defensa.

En cuanto al material psíquico de una histeria, Freud, presenta un panorama complejo “multidimensional” en el marco de una triple estratificación que marca el movimiento recorrido del análisis.

Más arriba se mencionó la arquitectura de la histeria en una carta a Fliess y en reiteradas veces el determinismo psíquico el cual está detallado en lo que sigue a continuación.

La premisa parte de que en un principio existió un núcleo que alberga una trabazón de pensamientos y recuerdos en los cuales se plasmó la idea patógena o sucedió el momento traumático.

En torno a esto se despliega una gran cantidad de material mnémico y que es tarea en el análisis su reelaboración.

De aquí se desprende el triple ordenamiento, uno "lineal cronológico que tiene lugar dentro de cada tema singular (...). Fascículos de recuerdos, (...). Dificultan el trabajo del análisis por la peculiaridad de invertir, en la reproducción, la secuencia de su génesis". (Freud, 1893, 1992, pp. 293-294).

A su vez, los temas se encuentran reunidos como múltiples recuerdos en un sentido lineal, los cuales tienen una segunda manera de ordenarse de un modo "concéntrico en torno del núcleo patógeno. (...). Son estratos de resistencia, creciente esta última hacia el núcleo y con ello zonas de igual alteración de conciencia (...)." (Freud, 1893/1992, p. 294).

Dentro de esta estratificación a nivel de la periferia nos encontramos con aquellos recuerdos que fueron conscientes y son más asequibles.

Hacia las profundidades de este ordenamiento resulta más dificultoso desentrañar los recuerdos "hasta que, en la proximidad del núcleo, se tropieza con aquellos que el paciente desmiente aun en la reproducción." (Freud, 1893/1992, p. 294).

Por último, Freud destaca un tercer ordenamiento y esencial que versa "según el contenido del pensamiento, el enlace por los hilos lógicos que llegan hasta el núcleo, enlace al cada cual en cada caso puede corresponderle un camino irregular y de múltiples vueltas." (Freud, 1893/1992, p. 294).

En relación con los síntomas de la histeria y lo antedicho en el momento del análisis cuando se propone eliminar el dolor, el vómito o contracturas, Freud observa una intensidad en el síntoma, lo cual señala la zona de su génesis:

Si en virtud de una resistencia el enfermo dilata mucho la declaración, la tensión de la sensación (la inclinación al vómito) se vuelve insoportable y, si uno no puede forzar la declaración, sobreviene realmente el vómito. Así se

cobra una impresión plástica de que el “vomitar” remplaza a una acción psíquica (aquí, la de declarar), tal como lo afirma para la histeria la teoría de la conversión (Freud, 1893/1992, p. 301).

La conversión histérica

Para tratar este capítulo en primera instancia definiré qué se entiende por conversión para luego pasar a explicar la histeria de conversión, esta última neurosis reviste su importancia para este trabajo escrito dentro de esta categoría, debido a que se comprende el cuerpo del psicoanálisis que convoca estas líneas desde la perspectiva de este cuadro clínico.

La denominación de conversión explica a un mecanismo que opera en la formación del síntoma.

Alude al conflicto psíquico que se traslada al síntoma somático, tanto en lo motor como sensitivo.

Es un término de cuño freudiano para detallar esa transposición de lo psíquico a la inervación somática.

Inervación se entiende desde el marco de una concepción económica, es decir, el desplazamiento de cierta cantidad de energía hacia una parte del cuerpo, y precisamente esto es lo que produce por ejemplo el fenómeno del dolor si afecta lo sensitivo, una contractura si es lo motor, etc.

Aparte de la economía que lo tiñe a este concepto se enmarca en la fisiología en donde lo psíquico y nervioso aparecen como origen y destino de un proceso de transmisión de energía.

Retomando el carácter económico, se sitúa a la representación como reprimida y desligada de libido o afecto, este último se expresa en lo corporal como símbolo mnémico de su huella.

Lo corporal se erige en portavoz de lo desalojado y reprimido.

Si pasamos a determinar la histeria de conversión, lo que la define es el aspecto conversivo a diferencia de la histeria de angustia que posteriormente Freud distinguió en la cual predomina la fobia.

En *Las neuropsicosis de defensa de 1894* se describe lo anteriormente dicho en concordancia con la *Comunicación Preliminar* en palabras del mismo Freud del siguiente modo:

La tarea que el Yo defensor se impone, tratar como “*non arrivée*” (“no acontecida”) la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo. (...) En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer (*umsetzen*) a lo corporal la suma de excitación, para lo cual yo propondría el nombre conversión (Freud, 1894/1992, p. 50).

Paul-Laurent Assoun, en su libro ya mencionado se encarga de trazar una anatomía histórica que puede echar luz a las palabras de Freud.

Imagina un mapa de lugares con sus relieves más intensos señalados como blancos que serían los órganos, “lo esencial es esa intensificación regionalizada que define el efecto físico del síntoma” (Assoun, 1998), y continúa en particular respecto a la conversión y la histeria:

¿Qué hacer con esta energía, como no sea incorporarla? En la histérica, en consecuencia, el cuerpo es una salida de último recurso. Puede advertirse que, por intensamente que se valga de él, solo lo hace “en defensa propia” (*á son corps défendant*), para enjugar esa energía. (Assoun, 1998)

Volviendo al Yo, dicha instancia psíquica consigue eliminar la contradicción pero al costo de ser parasitado por un símbolo mnémico en la conciencia, “Freud compara el síntoma histórico a los monumentos construidos en conmemoración de un acontecimiento; así, los

síntomas de Ana O. son los <<símbolos mnémicos>> de la enfermedad y muerte de su padre” (Laplanche & Pontalis,1981). Ana O. fué Paciente de Breuer cuyo historial clínico se encuentra en *Estudios sobre la histeria* (Freud,1893/1992)

Joseph Breuer (1842-1925), colaborador de Freud y destacado científico de gran reputación en la Viena de la época, escribe sus elaboraciones teóricas sobre la conversión histérica y contribuye en este momento incipiente del estudio sobre la histeria en la misma línea que Freud.

Charcot en Francia lo venía haciendo tiempo antes pero no demostró interés por el caso que Breuer le transmitió a Freud acerca de su paciente Anna O.

En este trabajo no me interesa entrar en las discrepancias que separan tanto a Freud y Breuer, sino que haré hincapié en lo que los unió y despertó interés.

En referencia a la conversión histérica son muy interesantes las analogías que utilizan para detallar mecanismos que contribuyen a las alteraciones nerviosas, tal como se entendían en la época, finales del siglo XIX, desde un estatuto positivista floreciente.

Por ejemplo, en anteriores líneas se ha mencionado la expresión excitación, Breuer la utiliza en la similitud que encuentra entre la electricidad y determinados procesos que se dan en el sistema nervioso:

No creo hacerme sospechoso de identificar la excitación nerviosa con la electricidad si vuelvo a la comparación con un dispositivo eléctrico. Cuando en este la tensión se vuelve hipertrófica, hay el peligro de que falle el aislamiento en los puntos más endebles. Aparecen entonces fenómenos eléctricos en puntos anormales; o, si dos hilos se encuentran el uno junto al otro, se forma un “cortocircuito”. Puesto que en esos lugares se ha establecido una alteración permanente, la perturbación así condicionada puede aparecer cada vez que la tensión se incremente lo bastante. Así se ha producido una facilitación anormal. (Freud,1893/1992, p. 214).

El mismo autor habla desde una óptica neurológica sobre procesos de excitación -a los cuáles también Freud se refiere-, en el caso de una intensidad de la tensión, generando una anomalía en la expresión de las emociones, “es un grado alto de excitación

intracerebral, al que le está denegada la nivelación tanto por decurso de la representación cuanto por descarga motriz, o bien es demasiado alto para que esta última pueda bastar". (Freud, 1893/1992, p. 215).

Es de destacar su mención de "nivelación intracerebral" que alude de un modo sugerente al principio de constancia.

La excitación intracerebral y el proceso excitatorio en vías periféricas, en sus cantidades se correlacionan según Breuer. Si la tensión intracerebral crece implica que no hay reflejo desencadenado, en su explicación prosigue, en tal medida si no lo hubo desaparece cuando se traspone en excitación nerviosa periférica; "La conversión histérica es en tal caso completa; la excitación originariamente cerebral del afecto ha sido trasmudada en el proceso excitatorio de vías periféricas; la representación originariamente afectiva ya no convoca al afecto, sino solo el reflejo anormal" (Freud, 1893/1992, p. 218).

Por reflejo anormal, Breuer entiende al fenómeno histérico, y explica que si a los enfermos no les parece ideógeno se debe al desprendimiento de la representación y el afecto, "todo se presenta como un fenómeno puramente somático, sin raíz psicológica en apariencia". (Freud, 1893/1992, p. 218).

Para terminar este capítulo, un historial clínico de Freud brinda importantes observaciones aparte del que se desarrolla en otro apartado del presente trabajo, a raíz de su labor en el tratamiento y que echan luz a la teoría de la conversión histérica.

Es el caso de la Señorita Elisabeth von R. cuyo caso se encuentra en *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1893/1992).

Esta paciente llegó a Freud por solicitud de un colega, era una mujer joven, parecía inteligente y psíquicamente normal. El motivo de esta derivación era que desde hace dos años padecía de dolores en las piernas y caminaba mal.

Es preciso recordar que Freud además de ser el fundador del psicoanálisis era médico en el área de la neuropatología.

Elisabeth en los últimos años de su vida había pasado por una serie de infortunios muy penosos, había muerto su padre, su madre había sido intervenida en una delicada operación en sus ojos y su hermana murió tras una afección cardíaca agravada por el embarazo. La paciente estuvo inmersa en los cuidados de estos enfermos y muy involucrada en sus padecimientos.

Freud indica la imprecisa naturaleza del dolor en Elisabeth y a su vez dice:

No podía decirse que la fuerza motriz de las piernas fuera escasa; los reflejos eran de mediana intensidad, y faltaba cualquier otro síntoma, de suerte que no se ofrecía ningún asidero para suponer una afección orgánica más seria. (...) Cuando en un enfermo orgánico o en un neurasténico se estimula un lugar doloroso, su fisonomía muestra la expresión, inconfundible, del desasosiego o el dolor físico. (...) Pero cuando en la señorita Von R. se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura hiperálgicas de la pierna, su rostro cobraba una peculiar expresión, más de placer que de dolor; (...). Nada de esto era demasiado grueso, pero sí lo bastante nítido, y compatible sólo con la concepción de que esa dolencia era una histeria y la estimulación afectaba una zona histerógena. (Freud, 1983/1992, p. 151-152).

Freud infiere que la atención de esta joven se encontraba probablemente en pensamientos y sensaciones que se mezclaban con sus dolores, por lo tanto, vincula una concordancia entre el dolor y el contenido de sus pensamientos.

Resulta interesante ver como el cuerpo sirve a la neurosis para su apuntalamiento; en Elisabeth, “se encontraban muchos tendones duros en las masas musculares, y además parecían particularmente sensibles.” (Freud, 1893/1992, p. 153).

Las lecciones psicoanalíticas ya mencionadas de Paul-Laurent Assoun siguen esta línea de la plasmación en lo somático de la histeria al señalar la eclosión orgánica de la neurosis:

No es poco habitual que en algunas personas que tienen predisposición para la neurosis - señala Freud-, sin sufrir precisamente de una neurosis declarada literalmente: llegada a la floración (*floriden Neurose*)-, una transformación corporal (*Körperveränderung*) – por inflamación o lesión - despierte el trabajo

del síntoma, de tal modo que ese síntoma dado por la realidad se erige en representante de todos los fantasmas inconscientes que acechan la oportunidad de adueñarse de un medio de expresión. (...) el efecto de esa transformación in corpore no es crear la enfermedad (modo de pensar más bien mágico, al que por otra parte se adapta más de un médico-psicólogo), sino despertar el trabajo de formación del síntoma (*Symptom-bildung*). El acontecimiento del cuerpo orgánico produce por lo tanto el despertar del síntoma que “dormitaba”. (Assoun, 1998, pp. 50-51)

En el caso de la Señorita Von R. se detallan a medida que avanza el historial aspectos que ejemplifican la teoría de la conversión.

Al morir el padre, la familia compuesta por su madre y dos hermanas más resultó afectada porque implicó además de la pérdida, aislamiento social y un deterioro aún más marcado en la salud de la madre.

Elisabeth se empeñó en restituir la unidad de su familia, pero esto se vio menoscabado por su primer cuñado quien resultó ofrecerle una férrea oposición por su quisquillosidad; “Así, en la memoria de Elisabeth habían permanecido toda una serie de escenas a las que adherían unos cargos, en parte no declarados (*aussprechen*),(...)”. (Freud, 1893/1992, p. 157).

Aquí se vislumbra de algún modo lo que no ha sido abreaccionado, no se ha podido darle curso en la verbalización, por ejemplo.

Otra evidencia del mecanismo de la conversión es averiguada por Freud, luego de una confesión de Elisabeth esforzada por él en la cual evocó el recuerdo de una ocasión en la que un joven, hijo de una familia amiga, la había acompañado de regreso a su casa después de una reunión social. La conversación que mantuvieron y las sensaciones con las que luego regresó a su casa a cuidar de su padre enfermo, realizándose serios reproches por el estado en que lo encontró. Dicha compañía suscitó en ella un nítido sentimiento de calidez.

Por esta vía Freud se acerca a la causación de los dolores histéricos:

Por el contraste entre la beatitud que se había permitido entonces y la miseria en medio de la cual halló a su padre en casa quedaba planteado el conflicto, un caso de inconciliabilidad. Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida (esforzada al desalojo) de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era, pues, el mecanismo de una conversión con el fin de la defensa, (...). (Freud, 1893/1992, pp. 161-162).

Otra escena nos sitúa en el cuadro clínico de la histeria de conversión, se trata de un enlace entre los dolores con el estar sentado. Elisabeth fue a una colina por la mañana, la cual frecuentaban junto a su segundo cuñado y hermana, quedó absorta mirando el panorama, sentada sobre una piedra, y sus pensamientos se dirigieron a su soledad, la situación de su familia y en dirección a su deseo de ser tan feliz como esa hermana, la cual falleció, en su matrimonio. De este paseo regresó con un fuerte dolor.

El estar de pie, el caminar, el yacer implicaban dolores en Elisabeth que Freud va enlazando a diferentes escenas cuya eficacia patógena investían la región de las piernas.

La plasmación de la astasia-abasia de esta joven, y aquí podemos vincularlo con lo que más arriba explicaba Assoun, contó con la cooperación de un mecanismo psíquico, que Freud lo denomina como de simbolización, que no había creado la abasia pero sí había significado un refuerzo por esa vía. Es detallado del siguiente modo:

Si la enferma puso fin al relato de toda una serie de episodios con la queja de que ahí se había sentido dolida de su "soledad" (*"Alleinstehen"*), y en otra serie, que abarcaba sus infortunados intentos de establecer una vida familiar nueva, no cesaba de repetir que lo doliente ahí era el sentimiento de su *desvalimiento*, la sensación de " *no avanzar un paso*", yo no podía menos que atribuir a sus reflexiones su influjo sobre la plasmación de la abasia; me vi llevado a suponer que ella directamente buscaba una expresión *simbólica* para sus pensamientos de tinte dolido, y lo había hallado en el refuerzo de su padecer. Ya en nuestra *Comunicación preliminar* sostuvimos (pag.31) que mediante una simbolización (*Symbolisierung*) así pueden generarse síntomas somáticos de la histeria;(…). (Freud, 1893/1992, p. 167).

Un giro en el tratamiento de Elisabeth movilizado por una sospecha por parte de Freud, nos muestra otro ejemplo de la conversión y su efecto en el cuerpo.

En un momento dado en el que se encontraban trabajando, Freud escucha pasos de un hombre en la habitación contigua frente a lo cual la paciente ruega que se suspenda la sesión. Era el cuñado de la hermana más joven, se encontraba sin dolores, pero tal suceso se los despertaron y con suficiente intensidad.

Mediante la pregunta que formula Freud acerca de las circunstancias en las cuales emergieron los dolores, surge un evento importante, que es una caminata con este cuñado en la cual se le hizo “hiperpotente el deseo de poseer un hombre que se le pareciese” (Freud, 1893/1992).

Su hermana falleció, como ya se señaló, circunstancia que forjó un pensamiento inadmisibles para su alta moral y sentido de familia, que se presenta aberrante para Elisabeth, y expresa el deseo de “Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa” (Freud, 1893/1992, p. 171).

Este discernimiento aparece de manera fugitiva en ella, pero advierte cierta elucidación para el significado de esta neurosis:

Pues bien, opino que en el supuesto de una “histeria de defensa” ya está contenida la exigencia de que haya ocurrido al menos uno de tales momentos. Antes de él la conciencia no sabe cuándo se instalará una representación inconciliable; esta que luego será excluida junto con su séquito para la formación de un grupo psíquico separado, tiene que ser inicialmente admitida en el comercio de pensamiento, pues de lo contrario no se habría producido el conflicto que llevó a su exclusión. Justamente a esos momentos, pues, cabe designar “traumáticos”; en ellos ha sobrevenido la conversión cuyos resultados son la escisión de conciencia y el síntoma histérico. (Freud, 1893/1992, pp. 180-181).

No obstante, se advierte la tesis de que la enferma no era claramente consciente de la inclinación hacia su cuñado a pesar de su intensidad, “el amor por su cuñado estaba presente en su conciencia al modo de un cuerpo extraño, sin que hubiera entrado en vinculaciones con el resto de su representar” (Freud, 1893/1992, p. 179).

Esta formulación que después mediante la pesquisa en retrospectiva de reminiscencias, es corroborada por detalles que afloran en la exploración, como, por ejemplo, en su primera visita a la casa, este cuñado había pensado que ella era la novia destinada, la observación de su hermana comentando que harían buena pareja, etc.; deja en claro la tarea del analista:

La idea de la “defensa” frente a una representación inconciliable; de la génesis de síntomas histéricos por conversión de una excitación psíquica a lo corporal; de la formación de un grupo psíquico separado por el acto de voluntad que lleva a la defensa: todo eso me fue puesto en aquel momento de un modo visible. (...). Esta muchacha había regalado a su cuñado una inclinación tierna, contra cuya admisión se revolvía dentro de su conciencia todo su ser moral. Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio unos dolores corporales, y en los momentos en que esa certidumbre pretendía imponérsele (durante el paseo con él, en aquella ensoñación matinal, ante el lecho de la hermana) habían sido generados aquellos dolores por una lograda conversión a lo somático. (Freud, 1893/1992, p. 171).

Freud se pregunta cómo un grupo de representaciones tan intensas se mantiene aislado. A esto responde con una descripción que engloba el mecanismo del síntoma y el proceso que se desarrolla en la histeria, en referencia a la escisión de conciencia. Dada la oposición de parte de Elisabeth de asociar el grupo psíquico separado y los restantes contenidos de conciencia. En combinación con el surgimiento de los dolores histéricos al formarse el grupo psíquico separado; esta concepción Freud la fórmula de la siguiente manera:

El motivo era el de la defensa, la revuelta del yo todo a conciliarse con ese grupo de representación; el mecanismo era el de la conversión, vale decir, en lugar de los dolores anímicos que ella se había ahorrado emergieron los corporales; así se introdujo una trasmudación de la que resultó, como ganancia, que la enferma se había sustraído de un estado psíquico insoportable, es cierto que al costo de una anomalía psíquica -la escisión de conciencia consentida- y de un padecer corporal -

los dolores, sobre los cuales se edificó una astasia-abasia-. (Freud, 1893/1992, p. 179).

Señora Emmy von N.

Emmy von N fue una paciente de Freud que padecía de histeria, comenzó a atenderse en mayo de 1889, no obstante, Strachey aclara en una nota a pie de página, incongruencias que presenta la cronología del historial lo cual discute en un apéndice abriendo la interrogante acerca de si Freud corrió las fechas preservando la identidad de la paciente. El historial fue redactado como una serie de notas a diario.

Emmy Von N era una mujer de 40 años, de buen aspecto, con dos hijas y poseedora de una gran fortuna.

Freud menciona síntomas tales como, tartamudez, contracciones y mostraba en su rostro expresiones de tensión. Cuando hablaba profería un sonido, “un curioso chasquido”.

Freud destaca de esta paciente su inteligencia y sensibilidad en materia de cultura, pero caía en estado de sonambulismo, frente a lo cual se optó como tratamiento recurrir a la hipnosis. Las interrupciones que presentaba al hablar eran muy frecuentes y simultáneamente en su rostro aparecían expresiones de horror y de asco, extendiendo la mano a Freud con los dedos abiertos y crispados gritándole; “¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque!”. Esta fórmula cumple la función de dispositivo protector. Luego de ese estado de alucinación Emmy ni mencionaba lo acontecido.

Se había casado joven con un gran industrial de buena posición económica, pero su matrimonio fue de corta duración dado que él tuvo una muerte repentina, a la cual la paciente le atribuye el comienzo de sus enfermedades.

Con su esposo tuvo a sus dos hijas -de catorce y dieciséis años al momento del análisis- cuya salud no estaba exenta de sufrimientos. Es separada de ellas al internarse en la clínica en la cual Freud la frecuenta a diario.

A medida que transcurre el tratamiento surgen reminiscencias de la infancia que le resultaban siniestras. Cuenta, bajo hipnosis, cuando sus hermanos la molestaban tirándole encima animales muertos, lo que la llevó a su primer ataque, con desmayo y convulsiones.

Dos años más tarde, tuvo el siguiente ataque cuando vio a su hermana muerta en el sarcófago. Al año siguiente se llevó un gran susto por parte de su hermano disfrazado de fantasma con una sábana.

Freud la exhorta a que le brinde información sobre imágenes de las cuales retenga el recuerdo plástico, a lo cual responde con una serie de vivencias, como cuando cuidaba a su hermano enfermo que tenía ataques producidos por la morfina y producían en ella espanto.

En el relato, sus vivencias estaban acompañadas por toda una gestualidad que acompaña lo terrible y martirizador que le resultaban tales sucesos.

Freud utiliza como insumo de su intervención la sugestión, pasando la mano por sus ojos, para menguar la aparición de esas imágenes. Emmy fue profundamente afectada por el deceso de su marido. Tras este acontecimiento la bebé estuvo enferma por seis meses y también ella misma tuvo que realizar reposo por fiebre.

Esta paciente tiene una característica en su historial y es que es ella quien pide hablar de lo que ella quiere, después de expresar su descontento ante el interrogatorio de Freud.

Emmy presenta una serie de cambios que le permiten volver a su casa. Transcurridos unos meses, Breuer, quien le realizaba visitas esporádicas a la paciente, le comunica a Freud que luego de un tiempo la mejoría ha desaparecido ante la preocupación por su hija mayor quien presentaba un cuadro de histeria asociado a calambres y dolores.

Un año después vuelve a Viena, para tratar con Freud su retroceso. El tratamiento fue corto y nuevamente regresó a su casa. Al año de ese acontecimiento, ya en 1890, Freud la visita y la encuentra en un buen estado, por lo que se frecuentaban con menos intensidad.

En el verano de 1893, recibe de ella una carta solicitándole permiso para ser hipnotizada por otro médico a lo cual Freud accede y nuevamente su salud se ve deteriorada.

Referente a la conversión, entendida esta como la trasmutación de excitación psíquica en un síntoma corporal, “podemos decir que el caso de la señora Emmy Von N. muestra un monto pequeño de conversión; la excitación, psíquica en su origen, permanece las más de las veces en el ámbito psíquico”. (Freud, 1893/1992, p. 105).

Es interesante observar cómo Freud destaca a raíz de este caso que la trasposición (de energía) es incompleta, por lo cual una parte del afecto del trauma queda en el ámbito de la conciencia y forja el talante, la manera de ser de Emmy.

De esto último, en la epicrisis del caso se vincula la abulia o inhibición de la voluntad con la anorexia de la paciente, “si come apenas es porque no gusta de hacerlo; y no puede obtener gusto alguno del comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna”. (Freud, 1893/1992, p. 108).

En general los afectos penosos en Emmy no son tramitados y permanecen, por eso el asco, por lo cual tiraba la comida y argumentaba realizar abstinencia por dolores de estómago que le ocasionaban determinadas ingestas. Cuya causa Freud la extrae de la hipnosis y en respuesta de por qué comía tan poco.

En una serie ordenada de recuerdos que aquí se mencionará uno, Emmy relata:

“Cómo, de niña, me sucedía a menudo portarme mal en la mesa y no quería comer mi plato de carne. Entonces mi madre se mostraba siempre muy severa y, so pena de serio castigo, dos horas más tarde debía comer del mismo plato la carne que ahí había quedado. La carne se había enfriado por completo y la grasa se había vuelto toda rígida” (asco), “... y todavía veo frente a mí el tenedor... Tenía un diente un poco doblado. Cuando ahora me siento a la mesa, siempre veo a mí el plato con la carne y la grasa frías; (...).” (Freud, 1893/1992, p. 101).

Otro elemento que me interesa destacar es el dolor que Freud toma como síntoma corporal. Otra parte del dolor sin ser de base orgánica:

Con extrema probabilidad, recuerdos del dolor, símbolos mnémicos de las épocas de emociones y de cuidado de enfermos que tanto lugar habían ocupado en la vida de la paciente. (...) Una parte de las llamativas manifestaciones motrices de la señora von N. eran simplemente expresión de emociones (...). (Freud, 1893/1992, p. 109).

En referencia al chasquido como exteriorización motriz y modalidad de conversión, Freud lo explica mediante el mecanismo de objetivación de la representación contrastante:

La histérica, agotada por sus cuidados y su velar, está sentada junto al lecho de su hija enferma, quien ¡al fin! Se ha dormido, y se dice: "Ahora debes quedarte totalmente quieta para no despertar a la pequeña". Es probable que este designio evocara una representación contrastante, el miedo de hacer empero un ruido al tan ansiado sueño de la niña. (...). Supongo que, por añadidura, que es el espanto ante ese ruido producido contra la propia voluntad lo que otorga a ese momento una eficacia traumática y fija al ruido mismo como síntoma mnémico corporal de la escena en su conjunto. (Freud, 1893/1992, pp. 110-111).

De toda la serie de síntomas motores, su chasquido, tartamudeo, la singular manera de proferir su nombre "Emmy", la fórmula como dispositivo protector, los une un origen que Freud los vincula a traumas que sirven como símbolos en la actividad mnémica.

Es posible enlazar esta serie de fenómenos con la compulsión histérica, la cual se manifiesta por medio de representaciones hiperintensas, frente a las cuales:

(...) en la conciencia emerge con particular frecuencia una representación sin que el decurso lo justifique; o el despertar de esta representación está acompañado por unas consecuencias psíquicas que no se comprenden. Con la emergencia de la representación hiperintensa se conectan unas consecuencias que, por un lado, no se pueden sofocar, y por el otro, no se pueden comprender: desprendimiento de afecto, inervaciones motrices, impedimentos. No escapa al individuo inteligir lo llamativo de este estado de cosas. (Freud, 1895/1992).

En referencia al éxito terapéutico, Freud lo considera importante pero no duradero, "no se eliminó la aptitud de la paciente para enfermar parecidamente a raíz de nuevos traumas que le sobrevinían". (Freud, 1893/1992, p. 119).

Como se señaló anteriormente sobre este caso, Emmy conservaba los afectos de las vivencias traumáticas por una rica actividad mnémica que traía a su superficie psíquica distintos traumas, y Freud fundamenta dicha observación:

Por una parte, sus sensaciones eran muy intensas; ella era de una naturaleza violenta, capaz del máximo desencadenamiento de las pasiones; por otra parte, desde la muerte de su marido vivía en total soledad anímica, desconfiando de los amigos debido a las persecuciones de que la hicieron objeto los parientes, y celosa y vigilante para que nadie cobrara demasiado influjo en su obrar. Era grande el círculo de los deberes, y debía realizar sola todo el trabajo psíquico que sus obligaciones le imponían. (...) es inequívoco aquí el mecanismo de la retención de grandes sumas de excitación, en sí y por sí. (Freud, 1893/1992, pp. 119-120).

El cuerpo y teoría sexual

El punto clave para remitirse a la obra freudiana y vincular ambos temas se encuentra en *Tres ensayos de teoría sexual* (Freud, 1905/1992), sin embargo, varios años antes ya hay indicios de la existencia de una sexualidad infantil cuyas vivencias son materia prima para la subjetividad con sus singularidades, tanto por su función constitutiva como por sus efectos a posteriori.

En referencia a la histeria que es lo que convoca esta monografía, Freud halla factores causales que llegan hasta la niñez, por ejemplo, la *Comunicación Preliminar* comienza diciendo: "Desde hace una serie de años investigamos, en las más diversas formas y síntomas de la histeria, su ocasionamiento: el proceso en virtud del cual se produjo la

primera vez, hecho este que suele remontarse muy atrás en el tiempo". (Freud, 1893/1992, p. 29).

Y sigue en su explicación como en las afecciones que implican anestесias, parálisis, ataques histéricos, tics, vómitos permanentes, anorexia, perturbaciones de la visión:

La desproporción entre los años que dura el síntoma histérico y su cuestionamiento único es la misma que estamos habituados a ver de una manera regular en la neurosis traumática; con harta frecuencia son sucesos de la infancia los que han producido para todos los años subsiguientes un fenómeno patológico más o menos grave. (Freud, 1893/1992, p. 30).

Al comienzo de su teorización, Freud consideraba que la histeria tenía su origen en experiencias sexuales pasivas del niño. Pero en una carta a Fliess, la número 139, abandona la teoría de la seducción. (Freud, 1897/1986).

Con un tinte dramático, en su misiva, desglosa una serie de motivos por los cuales fundamenta su cambio de parecer, entre ellos destaco mencionar el de que, "la intelección cierta de que en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto. (Según esto, quedaría una solución: la fantasía sexual se adueña casi siempre del tema de los padres)". (Freud, 1897/1986, p. 284).

Incluso, Freud ya no le otorga la misma importancia al factor accidental, sino que con esto cobra mayor fuerza la predisposición hereditaria.

Sin embargo, con la noción de *serie complementaria* esto se vería atenuado para explicar la etiología de las neurosis y trascender la oposición entre lo endógeno y exógeno, siendo ambos factores complementarios, cuanto más intenso uno, por ejemplo, la fijación, menor es el trauma y viceversa.

Por lo tanto, descubre que en la primera infancia operan pulsiones sexuales sin la estimulación de un adulto, aquí nos situamos en una completa teoría sexual en Freud.

Sin embargo, en *La sexualidad en la etiología de las neurosis de 1898* se evidencia que su hallazgo no fue determinante y de un solo golpe:

Su etiología eficiente está en vivencias de la infancia, y también aquí ciertamente -y de manera exclusiva-, en impresiones que afectan la vida sexual. Uno yerra al descuidar por completo la vida sexual de los niños; hasta donde alcanza mi experiencia, ellos son capaces de todas las operaciones sexuales psíquicas, y de muchas somáticas. (...) Es verdad, empero, que la organización y desarrollo de la especie humana aspiran a evitar un quehacer sexual más vasto en la infancia: se diría que las fuerzas pulsionales sexuales deben almacenarse en el ser humano para que, libradas en la época de la pubertad, puedan servir luego a grandes fines culturales (W. Fliess). A partir de estos nexos acaso se comprenda por qué unas vivencias sexuales de la infancia forzosamente tendrán un efecto patógeno. Pero sólo en mínima medida despliegan su efecto en la época en que se producen; mucho más sustantivo es su *efecto retardado (nachträglich)*, que sólo puede sobrevenir en períodos posteriores a la maduración." (Freud, 1898/1992, pp. 172-173).

En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905/1992) Freud afirma en referencia a la pulsión sexual de los neuróticos, que las psiconeurosis como la histeria gravitan en las fuerzas pulsionales de carácter sexual:

El psicoanálisis elimina los síntomas de los histéricos bajo la premisa de que son el sustituto -la transcripción, por así decir- de una serie de procesos anímicos investidos de afecto, deseos y aspiraciones, a los que en virtud de un particular proceso psíquico (la represión) se les ha denegado (frustrado) el acceso a su tramitación en una actividad psíquica susceptible de conciencia. Y entonces, estas formaciones de pensamiento que han quedado relegadas al estado de lo inconsciente aspiran a una expresión proporcionada a su valor afectivo, a una descarga, y en el caso de la histeria la encuentran en el proceso de conversión en fenómenos somáticos: precisamente, los síntomas histéricos. (Freud, 1905/1992, p. 149).

Estas aspiraciones encuentran solución como sustitutos, en síntomas, a lo cual se suma la impronta de los histéricos de una suma considerable de represión sexual, por lo tanto, mayor resistencia instaurada - por los diques del asco, la vergüenza y la moral- se encuentra en el cuadro clínico de la histeria.

En consonancia con lo descrito anteriormente en el capítulo de la histeria, como en el de la conversión, el Yo censura en reacción a las exigencias libidinales encontrando en la defensa la tentativa de solución en tanto síntoma, y a su vez, estos toman como base el requerimiento de dicha actividad pulsional por otra parte.

Otro de los hallazgos del psicoanálisis en referencia a lo constitutivo de la histeria y su relación con la sexualidad es que:

El despliegue hiperpotente (*Übermatchig*) de la pulsión sexual; sólo el análisis psicológico sabe descubrirlo en todos los casos y solucionar lo enigmático y contradictorio de la histeria comprobando la existencia de ese par de opuestos: una necesidad sexual hipertrófica (*Übergross*) y una desautorización de lo sexual llevada demasiado lejos. (Freud, 1905/1992, p. 150).

Es interesante visualizar la actividad de la pulsión como un movimiento que empuja, esfuerza y la coacción de una fuerza que contrarresta, que es la de la desautorización sexual. Entre ambas fuerzas se haya la enfermedad como el resultado de huir del conflicto, sin solucionarlo ya que lo que irrumpe son los síntomas una vez trasladadas las mociones libidinosas en tales exteriorizaciones en el cuerpo, siendo esto lo que me interesa destacar en este trabajo.

Freud brinda una definición de la pulsión que echa luz para su comprensión e involucra al cuerpo, sería un tema que amerita un trabajo entero sobre la doctrina de las pulsiones y no es mi propósito tal desarrollo, no obstante, me remito a una breve alusión:

Por “pulsión” podemos entender al comienzo nada más que la agencia representante (*Repräsentanz*) psíquica de una fuente de “estímulo”, que es producido por excitaciones singulares provenientes de fuera. Así, “pulsión” es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal. (...) Lo que distingue a las pulsiones unas de otras y las dota de propiedades específicas es su relación con sus fuentes somáticas y con sus metas. La fuente de la pulsión es un proceso excitador en el interior de un órgano, y su meta inmediata consiste en cancelar ese estímulo de órgano. (Freud, 1905/1992, p. 153).

Cabe destacar el papel excitador de los órganos del cuerpo que Freud distingue en dos clases según su naturaleza química, una de ellas es de carácter sexual cuyo órgano afectado lo designa como zona erógena de la pulsión sexual que tiene su fuente allí. En la histeria:

Estos lugares del cuerpo y los tractos de mucosa que arrancan de ellos se convierten en la sede de nuevas sensaciones y alteraciones de inervación- y aun de procesos comparables a la erección-, en un todo similares a las de los genitales verdaderos bajo las excitaciones de los procesos sexuales normales. (...) Es en la histeria donde resalta más nítidamente la significación de las zonas erógenas como aparatos colaterales y subrogados de los genitales.” (Freud, 1905/1992, pp. 153-154).

En este recorrido entre la histeria y el cuerpo que vincula la teoría psicoanalítica, encontramos un punto de cruce en las exteriorizaciones de la sexualidad infantil, en particular en el caso del chupeteo.

El mamar con fruición, que Freud toma como modelo, el cual, “consiste en un contacto de succión con la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición”. (Freud, 1905/1992, p. 163).

Esto surge en el lactante, y puede conservarse hasta la madurez e incluso en toda la vida. Esta práctica lleva al adormecimiento, la cual es observable por ejemplo en el bebé. Freud profundiza en esta acción del mamar para llegar al tema del autoerotismo y destaca, “como el carácter más llamativo de esta práctica sexual, el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona; se satisface en el cuerpo propio, es autoerótica”. (Freud, 1905/1992, p. 164).

Los labios funcionan como zona erógena, y la estimulación por el torrente cálido de leche es la causa de una sensación placentera. En un primer momento esta satisfacción se relaciona con la necesidad de alimentarse - función corporal-. De aquí se desprende la evidencia de que “el quehacer sexual se apuntala (*anlehn*) primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella.” (Freud, 1905/1992, p. 165).

En un principio no hay objeto sexual, al menos no se reconoce, esta exteriorización sexual es autoerótica. La meta es la satisfacción a través de determinado objeto y de la zona erógena parte el impulso.

Freud no generaliza el chupeteo en todos los niños sino para aquellos en que la zona de los labios está recubierta constitucionalmente por un fuerte valor erógeno, el cual puede subsistir o sucumbir bajo el influjo de la represión. Por ejemplo, asociando esta acción motriz con la histeria se observa:

si sobreviene la represión, sentirán asco frente a la comida y producirán vómitos histéricos. Siendo la zona labial un campo de acción recíproca (*Gemeinsamkeit*), la represión invadirá la pulsión de nutrición. Muchas de mis pacientes con trastornos alimentarios, *globus hystericus*, estrangulamiento de la garganta y vómitos, fueron en sus años infantiles enérgicas chupeteadoras. (Freud, 1905/1992, p. 165).

Con respecto a la meta de la sexualidad infantil, el niño chupeteador busca en su cuerpo y opta por alguna parte, sector de la piel o mucosa que presta servicio como zona erógena y mama dicho sector con fruición, luego se acostumbra y pasa a ser una región del cuerpo predilecta:

tal capacidad de desplazamiento reaparece en la sintomatología de la histeria de manera enteramente análoga. (...), la represión afecta sobre todo a las zonas genitales en sentido estricto, las que prestan su estimulabilidad a las restantes zonas erógenas, que de otro modo permanecen relegadas a la vida adulta; entonces, estas se comportan en un todo como los genitales.(...) Las zonas erógenas e histerógenas exhiben los mismos caracteres. (Freud, 1905/1992, pp. 166-167).

En posteriores elucidaciones a través de los años, Freud por medio de sus observaciones atribuye la propiedad de la erogeneidad a todas las partes del cuerpo e incluso a todos los órganos internos ²

2 En *Introducción al narcisismo (1914)*, Freud afirma “ llamemos a la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual, su *erogeneidad*; y si además reparamos en que, por las elucidaciones de la teoría sexual, (...) -las *zonas erógenas*- podían subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos, (...). Podemos decidirnos a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos, (...).” (Freud, 1914/1992, p. 81)

Para culminar este capítulo, vuelvo al papel de la fantasía que le es otorgado por Freud a la histeria. Que trae a colación en su trabajo *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad* (Freud, 1908/1992)

Postula como arquetipo a los sueños diurnos de estas fantasías, que no son otra cosa que expresiones de cumplimiento de deseos; “un guión imaginario en estado de vigilia.” (Laplanche & Pontalis, 1981).

Los ataques histéricos que son indagados por Freud, son el resultado de estas fantasías que emergen de manera involuntaria, una vez que devienen inconscientes pueden resultar patógenas, de allí la manifestación del ataque o el síntoma, debido al proceso represivo:

por otra parte, la fantasía inconsciente mantiene un vínculo muy importante con la vida sexual de la persona. (...) El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías de las cuales proceden. La técnica psicoanalítica permite, primero, colegir desde los síntomas estas fantasías inconscientes y, luego, hacer que devengan conscientes al enfermo. (Freud, 1908/1992, pp. 142-143).

Siguiendo en la línea de este texto, el síntoma histérico es producto de un compromiso entre dos mociones afectivas opuestas, una de las cuales expresa el componente de la constitución sexual - la pulsión parcial con su fuente en el órgano del cuerpo y su fin, como el ver, por ejemplo- y la otra, se empeña en sofocarlo. De todo esto el énfasis radica en el significado sexual del síntoma histérico.

Lo particular es que este síntoma responde al compromiso de fuerzas contrapuestas entre libido y represión, “además de ello puede responder a una reunión de dos fantasías libidinosas de carácter sexual contrapuesto” (Freud, 1908/1992, p. 145). Con esto, Freud indica la existencia de una fantasía sexual masculina y otra femenina y de allí desprende el significado bisexual de los síntomas histéricos.

Freud formula una síntesis esquemática que explica la emergencia del ataque histérico dentro del entramado del cuerpo orgánico y los procesos psíquicos, de la siguiente manera:

(...) obedece a leyes fáciles de entender. Puesto que el complejo reprimido consta de una investidura libidinal y un contenido de representación (fantasía), el ataque puede ser convocado: 1) asociativamente, cuando un anudamiento de la vida consciente alude al contenido del complejo (suficientemente investido); 2) orgánicamente, cuando por razones somáticas internas y por un influjo psíquico exterior la investidura libidinal supera cierta medida; 3) al servicio de la tendencia primaria, como expresión del “refugio de la enfermedad”, cuando la realidad efectiva se vuelve dolorosa o terrible, o sea a manera de consuelo, y 4) al servicio de las tendencias secundarias con que se ha coligado la condición patológica, toda vez que mediante la producción del ataque es posible alcanzar un fin útil para el enfermo. (Freud, 1909/1992, p. 209).

En la línea que el síntoma se manifiesta en el ataque y en relación con la significación bisexual, “el ataque se vuelve no transparente por el hecho de que la enferma procura poner en escena las actividades de las dos personas que emergen en la fantasía, vale decir, por identificación múltiple”.(Freud, 1909/1992, p. 208).

Por último, la histeria en general, sin perder de vista el elemento significativo de la sexualidad con sus caracteres femeninos y masculinos o lo que es lo mismo “el carácter polar de la sexualidad” (Freud, 1906/1992), se sostiene al respecto que:

reintroduce un fragmento de quehacer sexual que existió en la infancia y al cual en esa época se le podía discernir un carácter masculino (...). A menudo es posible observar que justamente muchachas que hasta la pubertad mostraron un ser y unas inclinaciones varoniles devienen histéricas desde la pubertad en adelante. (...) la neurosis histérica no responde sino a un sesgo excesivo de aquella típica oleada represiva que hace nacer a la mujer por remoción de la sexualidad masculina. (Freud, 1909/1992, p. 211).

Consideraciones finales

En el presente apartado se propone retomar a modo de recorrido los diferentes pasos que fueron conformando el desarrollo de este trabajo, subrayar sus progresiones,

puntualizaciones, así como aspectos que sirven como interrogantes para ulteriores reflexiones y elaboraciones.

La elaboración de este trabajo -después de una revisión bibliográfica y sucesivas lecturas- estuvo comprendida por el interés de abordar la relación entre los procesos anímicos y su correlato físico, con esto quiero decir, el cuerpo ayuda a relatar al proceso anímico. Lo "muestra".

Desde un principio el posicionamiento epistémico para pensar el tema estuvo comprendido dentro del edificio conceptual del psicoanálisis. Lo cual implicó una progresiva delimitación conceptual a medida que el objetivo exigía profundizar en determinado aspecto que tenga como eje la noción del cuerpo para el psicoanálisis.

Al momento de recorrer la obra de Freud se encuentran diferentes puntos, por así llamarlos, que involucran al cuerpo en su teoría. De la misma manera, es el caso de autores post-freudianos que elaboraron sus propias teorizaciones y no menos interesantes a instancias de concebir la corporalidad en la especificidad del campo analítico.

El acento en este trabajo escrito de carácter monográfico recae en plantear un desarrollo a modo de respuesta, frente a las preguntas disparadoras de la introducción, que a su vez son objetivos de este trabajo final de grado.

Para esto me sirvo - dado su carácter ineludible para hablar del cuerpo dentro de la teoría y práctica analítica- de la histeria, entendida esta como una clase de neurosis cuyos cuadros clínicos son diferentes, pero siempre tienen como centro el conflicto psíquico.

En una definición del diccionario Laplanche & Pontalís (1981) acerca de la histeria, se encuentran condensadas muchas consideraciones que son elementos constituyentes de este trabajo:

(...) Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la **histeria de conversión**, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, (...), y la histeria de angustia, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias).

En la medida en que Freud descubrió en la histeria de conversión rasgos etiopatogénicos fundamentales, el psicoanálisis logró relacionar con una misma estructura histérica diversos cuadros clínicos que se

traducen en la organización de la personalidad y el modo de existencia, (...).

La especificidad de la histeria se busca en el predominio (...), de ciertos mecanismos -especialmente la represión, a menudo manifiesta- (...). (Laplanche&Pontalís,1981)

Respecto a la especificidad del cuerpo en psicoanálisis que más arriba se mencionó, echó luz el modo de concebirlo que colige Freud desde la histeria, “no se han hallado para esta enfermedad alteraciones (anatómicas) perceptibles del sistema nervioso.” (Freud, 1888/1992). Lo cual alude a un otro cuerpo que no es el del cuerpo lesionado, real y plausible de ser reconocido desde la óptica de la imagenología, por ejemplo. No es ese el lugar por el cual el cuerpo que nos convoca se nos revela.

Ese lugar se encuentra en la “incidencia del factor accidental” (Freud,1893/1992). Y con esto aludo a la historia del sujeto, a esa capacidad de historizar en el análisis sobre ese proceso mórbido que se presenta en la clínica y que se enmarca en el territorio de la subjetividad, con su anclaje biológico, sí, pero con la impronta de la inscripción de la vivencia en ese sujeto portador de un relato.

En relación con lo anterior, cabe destacar que el fenómeno histérico se encuentra en estrecha vinculación con el desempeño de los recuerdos que sirven de ocasión para este, los cuales “se conservan con plena frescura y afectividad” (Freud, 1893/1992), no siendo desgastados, ni por vía asociativa, abreacción o reacción motora. Esto ya brinda cierta respuesta con respecto al mecanismo del síntoma histérico.

Cabe agregar que el síntoma en esta clase de afección neurótica deriva de cierto determinismo de vivencias de “eficacia traumática” (Freud,1896/1992), la sintomatología no surge de una sola vivencia real, sino que su etiología se encuentra comprendida dentro de una cadena asociativa de pensamientos.

Esto último, posibilita dentro del trabajo en el análisis ese desentramado del material que el paciente trae en su discurso histórico y vivencial, no sabría afirmar y es una interrogante que se abre, si es posible que suceda de forma completa.

Siguiendo en esta línea de la etiología y del determinismo del síntoma, un hallazgo importante que el psicoanálisis aporta es que se debe buscar en el ámbito sexual, en tanto condición etiológica. (Freud, 1896/1992)

Lo cual hace de la dimensión de la sexualidad y en particular de la sexualidad infantil un espacio de escenas sexuales como recuerdos inconscientes (Freud, 1886/1992); que van a cumplir una función sintomática a posteriori.

Como se trató en el trabajo, el papel de la fantasía es un medio para llegar a estas escenas ocasionadoras de la impresión (Freud, 1897/1986), y que desataron ese monto de energía que vienen a alterar el principio de constancia.

Otro avance importante es la labor psicoterapéutica que "permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir" (Freud, 1893/1992). En relación con la representación y su posibilidad de rectificación, es necesario tener en cuenta a la histeria como producto de la represión de la representación inconciliable a modo de defensa.

Prosiguiendo en los avances con respecto al abordaje de la historia libidinal del sujeto, Freud detalla -como se señaló en el capítulo de la psicoterapia de la histeria-. Una triple estratificación u ordenamiento que marca el recorrido y movimiento del análisis, la zona de la génesis, del núcleo que alberga el recuerdo con mayor intensidad patógena (Freud, 1893/1992) lo viene a indicar la desmentida del paciente ante determinada formulación que permite resignificar su trama. Dicho de otra manera, la intensidad del síntoma se mide por la ominosidad y extrañeza que provoca el contenido inconsciente en el paciente.

En la teoría etiológica que esboza Freud encontré pilares vertebradores del edificio psicoanalítico, por ejemplo, en el detalle minucioso de los mecanismos psíquicos que vehiculizan el síntoma histérico, cuya formación me genera la pregunta de si realmente resuelve definitivamente el pasaje de lo anímico hacia lo somático propio del modo defensivo histérico, lo cual queda abierto para otra elaboración.

Resultó interesante el viraje a nivel teórico que encontré en Freud acerca de la causa de la histeria. En donde en un primer momento de elaboración teórica, el acento recayó en el trauma ocasionado por el efecto patógeno de la representación psíquica, para pasar a encontrar en lo sexual como contenido generador de la sintomatología histérica, una evidencia frente a la paradójal repulsa del histérico respecto a sus mociones libidinosas.

En referencia al movimiento teórico señalado, vale aclarar que tomé fundamentalmente los textos de Freud de los primeros años, *Tres ensayos de teoría sexual* funcionaron como límite para este trabajo a efectos de un recorte metodológico, pero para Freud siguieron más adelante reformulaciones que posibilitan relecturas de *Estudios sobre la histeria*. Si bien Freud continuó los desarrollos sobre el tema, mi trabajo quiso centrarse

en la primera etapa, aquello que se señaló más arriba sobre el giro del cuerpo de la medicina a otro, el del psicoanálisis. Por otra parte, esto despierta mi interés para pensar en otro trabajo los desarrollos sobre la histeria que Freud hace a lo largo de su obra.

Concluyo que en un primer momento teórico en el cuál la sobrecarga de excitación desprendida de la representación encuentra su plasmación en lo somático -por un lado- y a su vez, queda liberada así dicha representación, por el otro, para asociarse a una de un contenido tolerable para el yo y que le sea conciliable. Lo cual a su vez precisa de una rectificación para su análisis, dado que el motivo disparador no guarda para el observador relación con la severidad de los síntomas que desencadena en el paciente. Puede inferirse cierta puerilidad en el sujeto, si no se toman en cuenta los aspectos inconscientes del conflicto y el mecanismo del desplazamiento.

Frente a esto, no encuentro oposición con el segundo momento de elaboración teórica respecto a la etiología de la histeria, significando la entrada para la sexualidad en el psicoanálisis. En donde lo somático encuentra en la zona erógena el sustituto de la satisfacción genital. (Freud, 1905/1992)

Considero que amplía la etiología de esta neurosis, introduciendo una dimensión como la de la sexualidad sin dejar de sostener la premisa del modo conversivo del afecto que imprime el carácter defensivo a la histeria, como medida para aislar de la consciencia el contenido a reprimir.

Referencias bibliográficas.

- Aussoun, P. (1986). Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma. Buenos Aires: Nueva Visión
- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae studia*, 7(3), 425-45. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ss/v7n3/v7n3a04.pdf>
- Freud, S. (1992). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. , pp. 193-210) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol.9, pp. 203-211). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1909)
- Freud, S. (1986). Cartas a Wilhem Fliess (1887-1904). En J. L. Etcheverry (Trad.), Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1992). Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). Introducción. En J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras completas* (Vol 2, pp. 3-22). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Histeria. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol 1, pp-42-66) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1888)
- Freud, S. (1992). Historiales clínicos 2. Señora Emmy von N. 40 años, de Livonia. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 2, pp. 71-123) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Historiales clínicos 5. Señorita Elisabeth von R. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol 2, pp. 151-194) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Introducción al narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp 65-98) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (1992). La etiología de la histeria. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 186-218) Buenos aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896)
- Freud, S (1992). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol 3, pp. 252-276) Buenos aires: Amorrortu. (trabajo original publicado en 1898)
- Freud, S. (1992). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol 9, pp.138-147) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908)
- Freud, S. (1992). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fibias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol 3, pp. 42-68) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894)
- Freud, S. (1992). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol 9, pp.138-147) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908)
- Freud, S. (1992). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 7, pp. 259-271). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1906)

- Freud, S. (1992). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol 3, pp. 159-184) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896)
- Freud, S (1992). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre técnica del psicoanálisis, 2). En J. L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol.12, pp. 145-158) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (1992). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud). En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 2, pp. 29-43) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Sobre la psicoterapia de la histeria. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol 2, pp. 262-309) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Parte teórica (Breuer) En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol 2, pp. 195-260) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (1992). Proyecto de psicología. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 1, pp. 323-476). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1950)
- Freud, S. (1992). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 7, pp. 111-224) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905)
- Laplanche, J., Pontalís, J.(1981). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor