

# LUIS CHIOZZA

## OBRAS COMPLETAS



TOMO III (1963-1977)

METAPSICOLOGÍA Y METAHISTORIA 1

Escritos de teoría psicoanalítica



libros del  
*Zorzal*

# Obras Completas

**LUIS CHIOZZA**

**OBRAS COMPLETAS**  
**TOMO III**

**Metapsicología y metahistoria 1**

*Escritos de teoría psicoanalítica*

(1963-1977)



libros del  
*Zorzal*

Chiozza, Luis Antonio

Metapsicología y metahistoria 1: escritos de teoría psicoanalítica - 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

v. 3, 330 p.; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-080-7

1. Medicina. 2. Psicoanálisis. I. Título

CDD 610 : 150.195

CURADORA DE LA OBRA COMPLETA: JUNG HA KANG

DISEÑO DE INTERIORES: FLUXUS

DISEÑO DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2008

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-080-7

Libros del Zorzal

Printed in Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de *Obras Completas*, escribanos a:

info@delzorzal.com.ar

[www.delzorzal.com.ar](http://www.delzorzal.com.ar)

# ÍNDICE

PSICOANÁLISIS DEL ANTIJUDAÍSMO. EL ANTIJUDAÍSMO TAL COMO APARECE EN LA PRÁCTICA PSICOANALÍTICA (1970 [1963]), Fidas Cesio, Sergio Aizenberg, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares.....	11
Caso I .....	15
Caso II.....	20
LA ENVIDIA COMO UNA FANTASÍA HEPÁTICA Y SUS RELACIONES CON LA MANÍA Y LA PSICOPATÍA [I] (1964).....	27
1. La envidia como una fantasía hepática .....	29
2. Relaciones de la envidia con la manía y la psicopatía .....	32
3. Presentación de una paciente .....	32
LA ENVIDIA COMO UNA FANTASÍA HEPÁTICA Y SUS RELACIONES CON LA MANÍA Y LA PSICOPATÍA [II] (1966 [1964]) .....	39
1. La envidia como una fantasía hepática .....	41
2. Relaciones de la envidia con la manía y la psicopatía .....	46
3. Exposición del tema a través de dos pacientes.....	48
FUNDAMENTOS Y PROPÓSITOS DEL CIMP (CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA) (1968).....	51
ESPECULACIONES SOBRE UNA CUARTA DIMENSIÓN EN MEDICINA (1970 [1968]) .....	57
La palabra “especulación” .....	59
Notas acerca de una nueva visión del mundo .....	59

La contribución del psicoanálisis a la nueva visión .....	61
Introducción a la idea de un proceso terciario .....	63
Representación humorística del impacto con una dimensión intuitivamente inabordable.....	64
Encuentro con la necesidad de una nueva dimensión en la medicina y en la técnica psicoanalítica .....	68
UNA IDEA DE LA LÁGRIMA (1970 [1968]), Luis Chiozza, Catalina Califano, Edgardo Korovsky, Ricardo Malfé, Diana Turjanski y Gerardo Wainer .....	
Introducción .....	75
La efusión de lágrimas .....	77
El llanto .....	78
El llanto .....	80
Antecedentes acerca del origen y significado de las lágrimas .....	84
El significado “social” de la efusión de lágrimas.....	88
La patología del llanto y el catarro.....	91
El significado visual de las fantasías lagrimales .....	94
LA INTERIORIDAD DE LOS MEDICAMENTOS (1969), Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini.....	
	99
OPIO (1969), Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini.....	
	109
LOS CAMBIOS EN LA NOCIÓN DE ENFERMEDAD (1976 [1968-1969-1970]).....	
	117
I .....	119
II .....	120
Apéndice .....	122
APUNTES SOBRE FANTASÍA, MATERIA Y LENGUAJE (1970) ...	
	125
NOTA EDITORIAL DE <i>UN ESTUDIO DEL HOMBRE</i> <i>QUE PADECE</i> (1970).....	
	133
SOBRE LA ORIENTACIÓN DE NUESTRO PERIÓDICO (1970).....	
	137
EL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD (1971) .....	
	141
LA INTERIORIDAD DE LO INCONCIENTE (1971) .....	
	147

<b>LAS FANTASÍAS ESPECÍFICAS EN LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA DE LA RELACIÓN PSIQUE-SOMA (1976 [1971])</b> .....	153
El concepto como producto e instrumento de la investigación.....	155
El problema de la especificidad en la patología psicósomática .....	156
Desarrollo del concepto “fantasías específicas” .....	158
<b>APUNTES SOBRE METAPSICOLOGÍA (1972)</b> .....	165
Configuración del deseo.....	167
El sistema de la conciencia .....	168
La descarga del deseo .....	169
Pensamiento, conocimiento y acción eficaz.....	170
Los afectos primarios y secundarios .....	171
<b>LA CAUSA Y EL PORQUÉ DE LA ENFERMEDAD [I] (1972)</b> .....	175
<b>EL INCESTO Y LA HOMOSEXUALIDAD COMO DIFERENTES DESENLACES DEL NARCISISMO (1973), Luis Chiozza y Gerardo Wainer</b> .....	181
Relación homosexual y relación homosanguínea .....	183
Elección de objeto e identificación primaria y secundaria en el triángulo edípico.....	184
Identificación completa e incompleta en el triángulo edípico.....	185
Superyó primario y superyó secundario.....	185
La disociación eidético-material del objeto durante la identificación .....	187
Dos diferentes desenlaces del narcisismo .....	187
<b>ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LAS FANTASÍAS HEPÁTICAS (1974)</b> .....	189
El encuadre teórico.....	191
La elección del material y el método de investigación .....	194
El contenido inconciente de las representaciones hepáticas .....	197
Los componentes hepáticos de la envidia .....	199
La incapacidad para materializar, la envidia y la melancolía como sufrimientos hepáticos.....	202
<b>CUERPO, AFFECTO Y LENGUAJE (1975 [1974])</b> .....	213
El cuerpo en la teoría psicoanalítica .....	215

La teoría psicoanalítica de los afectos.....	218
El lenguaje de los órganos .....	222
LA ENFERMEDAD DE LOS AFECTOS (1975) .....	229
La parte “patosomática” de la personalidad.....	231
El afecto como histeria universal y congénita. Su deformación en la organoneurosis.....	232
La destrucción “patosomática” de la coherencia del afecto. Su re-significación mediante la interpretación psicoanalítica.....	235
LOS AFECTOS INCONCIENTES (1975) .....	239
EL PSICOANÁLISIS Y LA MEDICINA (1976 [1975]) .....	247
LA CAUSA Y EL PORQUÉ DE LA ENFERMEDAD [II] (1976 [1975]) .....	255
Condiciones necesarias pero no suficientes .....	257
Un hombre con el dolor en un brazo.....	258
La enfermedad como capítulo de una biografía.....	262
COMENTARIO AL ARTÍCULO DE MAURICIO ABADI “MEDITACIÓN SOBRE EL EDIPO” (1976) .....	265
PRÓLOGO Y EPÍLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN DE <i>CUERPO, AFECTO Y LENGUAJE</i> (1976) .....	271
PRÓLOGO A LA REIMPRESIÓN DE LA PRIMERA EDICIÓN DE <i>CUERPO, AFECTO Y LENGUAJE</i> (1977) .....	281
EL FALSO PRIVILEGIO DEL PADRE EN EL COMPLEJO DE EDIPO (1977) .....	285
EL TRECHO DEL DICHO AL HECHO. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE PRESENCIA, TRANSFERENCIA E HISTORIA (1977) .....	293
La neuralgia de Dora.....	295
Entre el hacer y el decir.....	298
Bibliografía .....	301

---

# **PSICOANÁLISIS DEL ANTIJUDAÍSMO**

**EL ANTIJUDAÍSMO TAL COMO APARECE  
EN LA PRÁCTICA PSICOANALÍTICA**

---

(1970 [1963])

Fidias Cesio, Sergio Aizenberg, Luis Chiozza,  
Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares

## **Referencia bibliográfica**

**CESIO, Fidas y colab. (1970c [1963]) “Psicoanálisis del antijudaísmo. El antijudaísmo tal como aparece en la práctica psicoanalítica”.**

## **Ediciones en castellano**

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 61-77, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

*Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Este trabajo fue presentado en el Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina, en 1963.

Este relato es el producto de una estrecha colaboración y hemos procurado que sea la expresión de nuestras coincidencias sobre el tema. De esta manera hemos incluido sólo las ideas más comprendidas por todos, dejando de lado aportaciones valiosas que no habían sido completamente elaboradas por alguno de nosotros.

También queremos destacar que los casos que exponemos son considerados desde el punto de vista de sus contenidos en relación al tema del relato, dejando de lado los aspectos técnicos u otros enfoques.

En la práctica del psicoanálisis, así como en otras manifestaciones sociales, aparece con frecuencia el problema del antijudaísmo, y llama la atención que pese a ser un material destacado en muchos análisis, son pocos los trabajos que se ocupan de este tema. En el tratamiento de nuestros pacientes, el conflicto judío-antijudío la mayoría de las veces es negado o es insuficientemente analizado, por las resistencias que provocan sus contenidos latentes. Esta investigación consistió en el análisis de las “resistencias” que se oponían a una interpretación más completa de las situaciones inconscientes que mantienen sin resolver el problema judío-antijudío en la transferencia.

Para llevar a cabo este estudio decidimos examinar el par antitético judío-antijudío, pues resulta inseparable. Siguiendo esta idea seleccionamos material tanto de un paciente no judío como de uno judío, en los cuales aparece el problema que nos ocupa. Además nos pareció conveniente la circunstancia de que el paciente no judío estaba en tratamiento con un analista judío, mientras que el paciente judío lo estaba con un analista no judío. De esta manera, el conflicto resultaba más evidente en la transferencia. Del análisis exhaustivo del material seleccionado llegamos a las conclusiones generales que detallamos seguidamente.

En la estructura básica del antijudaísmo encontramos una profunda disociación con la consiguiente proyección de una de las partes. Se trata de un proceso dinámico del que, para ejemplificar nuestros hallazgos, consideraremos el esquema de dos momentos. Uno corresponde a la manifestación moderada del antijudaísmo. En este caso, el antijudío proyecta en el judío las partes de su yo más integradas con aspectos de su yo ideal, y como consecuencia le atribuye rasgos de omnipotencia. Esta proyección corresponde a la fantasía del judío universal que monopoliza los mayores bienes intelectuales y que domina el comercio internacional, apoderándose también de los bienes físicos de los no judíos. El antijudío se siente así empobrecido, resentido y envidioso, despojado por el judío que aparece omnipotente –la raza elegida–. Por su lado, el judío –la otra parte del par– proyecta en el antijudío aspectos del yo con posibilidades de satisfacción de necesidades más directas, más “materiales”, pero frustrados en su aspiración de adquirir la omnipotencia ideal, es decir, proyecta en el antijudío los aspectos de su yo menos integrados con el yo ideal. De esta manera, se establece la unidad judío-antijudío. El otro momento del antijudaísmo corresponde a su manifestación extrema. El antijudío que había estado envidioso de la omnipotencia que proyectara en el judío pasa ahora a una identificación maníaca con un yo ideal cargado de sadismo y proyecta el mísero yo en el judío. El antijudío se siente entonces omnipotente, la “raza elegida”, y el judío es sentido como el mísero yo perseguido. En este otro momento, el judío, por su parte, proyecta en el antijudío su yo ideal omnipotente, sádico, y masoquistamente se somete. Esta situación culmina con el asesinato del judío, drama que en el mundo interno está representado por el aletargamiento del mísero yo. Mas el “cadáver” del judío, es decir, el objeto aletargado que contiene el inconciente del antijudío, está íntimamente identificado con el yo ideal persecutorio, y el ciclo se repite.

Tal como decimos en las consideraciones precedentes, es fundamental una disociación básica del yo para el establecimiento del conflicto judío-antijudío. Freud (1915c), ya en 1915, hablaba de una disociación entre los objetos de identificación y los que aparecían hostiles, y también de la proyección de estos últimos. En 1923, en *El yo y el ello* (Freud, 1923b), vuelve sobre el tema estableciendo la existencia de “identificaciones primarias” con los padres filogenéticos, e “identificaciones secundarias” con los padres actuales. Se configura así un “yo primario” y un “yo secundario”. Posteriormente aparecieron los trabajos de Melanie Klein (1934, 1946, 1955) sobre la disociación que tiene lugar en los primeros estadios de la vida extrauterina, así como sobre la proyección de una de las partes. Más tarde se conocieron las contribuciones de Arnaldo Rascovsky (1960) sobre el psiquismo fetal, ahondando en la comprensión de la disociación que describiera Freud entre identificaciones

primarias y secundarias. También uno de nosotros, con sus aportaciones al estudio de la “reacción terapéutica negativa” (Cesio, 1960*a*, 1960*b*, 1962*b*), contribuyó al conocimiento de esta disociación básica. Las investigaciones precedentes y otras que han seguido esta misma línea nos muestran que en ciertos casos –entre los que se cuentan los que presentan el conflicto judío-antijudío– encontramos una disociación que comprende, por un lado, al yo primario, resultado de las identificaciones primarias, es decir, de las identificaciones con los objetos de la filogenia del individuo, y, por el otro, al yo secundario, resultado de las identificaciones con los objetos externos actuales del individuo. El yo primario corresponde, según los autores, al yo ideal, al yo prenatal, al objeto aletargado, etc., todos conceptos que encierran ideas con numerosas semejanzas. El yo secundario queda adscripto al yo posnatal. La importancia de los mecanismos persecutorios que encontramos en la relación entre el yo ideal –prenatal– y el yo –posnatal–, y que están en la base del antijudaísmo, ha sido bien destacada por Freud en los trabajos ya mencionados, así como por Klein y otros autores. En sus trabajos sobre la reacción terapéutica negativa, uno de nosotros se ha ocupado de casos donde esta persecución alcanza una expresión extrema, y en una de estas contribuciones desarrolla este tema precisamente en relación al conflicto judío-antijudío (Cesio, 1962*b*). Se trata de un caso donde lo judío quedaba adscripto al yo primario filogenético, mientras lo antijudío quedaba adscripto al yo secundario, resultado de la elaboración de su complejo de Edipo negativo dominante.

Pasemos a ocuparnos del material de los casos a través de cuyo estudio elaboramos nuestras conclusiones. El caso del paciente no judío en análisis con un analista judío es el de una señora educada en un ambiente tradicionalista antijudío. El problema se hizo agudo cuando a principios de este año, estando ella en análisis, se enteró de que uno de sus hijos, que actualmente tiene 20 años y vive en Europa, había sido aprisionado por pertenecer a una sociedad antijudía extremista. El otro caso es el de un joven judío en análisis con un analista no judío. En este paciente se excitó el conflicto persecutorio cuando estaba por nacerle un hijo y se enfrentó con el problema de la posible circuncisión.

## Caso I

Veamos ahora el caso del paciente no judío. Se trata de una señora de 39 años, casada hace veinte. Europea, reside en el país desde hace tres años. Tiene dos hijos. Pertenece a una familia cristiana con intensos prejuicios raciales, los que se expresan en sus simpatías por lo nazi, con el correspondien-

te antijudaísmo. Encumbrada en la alta sociedad de su país de origen, ella, sin embargo, se dice liberal, desprejuiciada, y que ha abandonado la religión de sus padres. Consultó al psicoanalista por su inestabilidad afectiva, que se manifiesta en una vida sexual promiscua. Está en análisis desde hace dos años, a razón de cinco sesiones por semana. Por el tiempo de la sesión que vamos a comentar acababa de enterarse de que el hijo que vive en Europa, con quien ella está muy identificada, pertenecía a una peligrosa organización antijudía extremista. Esta circunstancia nos habla de la extrema peligrosidad que encierra el conflicto de la paciente y que es el que aparece en la transferencia. El analista “es” el judío perseguido y a la vez perseguidor. Las defensas ante semejantes contenidos eran de tal intensidad que el propio analista contratransferencialmente aparecía identificado con estas defensas, y la temida situación persecutoria permanecía latente.

La paciente mantiene una comunicación epistolar con este hijo activamente antijudío, y si bien es muy probable que le haya comunicado que está en análisis con un médico judío, ella “no sabe” si lo ha hecho. De esta manera está expresando que ella “no sabe” que su analista es judío, y así mantiene reprimido el conflicto en la transferencia. Tanto es así que cuando tuvo las noticias sobre las actividades antijudías del hijo, el antijudaísmo de éste fue un tema fundamental de las sesiones, mas en ningún momento se mencionó que el analista es judío. Por ese entonces pensó que el hijo estaba gravemente enfermo y que debía psicoanalizarse.

La intensidad del conflicto judío-antijudío en esta paciente se hizo evidente a través de múltiples manifestaciones. Un episodio reciente nos muestra hasta qué punto el tema del hijo antijudío representa aspectos fundamentales de su personalidad; contó que había estado haciendo unas formas recortando cartulina cuando imprevistamente se encontró con que había confeccionado una cruz esvástica. Cuando el analista le interpretó que la cruz esvástica correspondía a la nazi que había en ella, tal como aparecía manifiesto en las actuaciones del hijo, protestó airada amenazando dejar el tratamiento si el analista no se retractaba del insulto que le había inferido.

Pasamos ahora al análisis de una sesión de esta paciente que, como antes dijimos, corresponde a la época durante la cual el tema del antijudaísmo estaba muy presente, mas, previamente, recordaremos la historia de Scheherazada y la de Salomé, pues aparecen ocupando un lugar destacado en el material. Scheherazada es la princesa que contara al rey Sharizar las fábulas de *Las mil y una noches*. Este rey, engañado por una de sus mujeres, había jurado dar muerte a sus esposas cada día después de la noche de bodas. Scheherazada se casa en lugar de su hermana, y entreteniéndolo al rey con sus narraciones evita la reiteración del uxoricidio, salvando a su hermana y a las esposas futuras. Salomé

es la princesa judía que instigada por su madre, Herodías, y luego de la danza de los siete velos, con la cual seduce a Antipas, esposo de Herodías, exige la cabeza de Juan Bautista, prisionero entonces en el palacio de Herodes.

Reproduciremos fragmentos de la sesión, seguidos de un comentario.

La paciente llega 25 minutos tarde, se sienta y queda en silencio unos minutos.

A: —¿Qué está pensando?

P: —Me da rabia que siempre me tiene que preguntar (*pausa*).

Estoy... pensando... en que llegué tarde, y en otras cosas (*habla entrecortadamente*); pensaba en Scheherazada, me gustaría ser como ella, poder inventar cosas para contarle.

A: —Las cosas que quiere contarme como Scheherazada serían como velos con los cuales quiere ocultar la verdad de la llegada tarde. Esto sería al revés de la danza de los siete velos, con los cuales quiere cubrirse para no aparecer de cuerpo entero, con la verdad desnuda, como serían los motivos de la llegada tarde, que creo son la desconexión y los conflictos que tiene conmigo.

Los minutos que la paciente llegó tarde representan la “ejecución” del ataque antijudío. El analista judío había sido “eliminado”. El silencio que sigue corresponde a la identificación melancólica de la paciente con el “cadáver” del judío “matado” por ella —los muertos no hablan—. Este objeto aletargado —el “cadáver” del judío “matado”— pasa a ser un terrible perseguidor por su connotación omnipotente sádica. La situación se ha invertido, y el judío, el analista en la transferencia, pasa a ser el perseguidor. En lo que sigue, ella fantasea un ataque taliónico de parte del analista-judío, y entonces ella es Scheherazada, que con sus relatos —sus asociaciones libres— distrae al sultán-analista y evita su furia taliónica. El analista acepta el rol del sultán, identificado con la negación que la paciente realiza de los aspectos judíos del analista, atacados por ella, mas en su interpretación aparece lo que había estado “velado”. El analista había confundido los cuentos de Scheherazada con los velos de Salomé, y en este lapsus se hizo evidente la persecución latente en la cual la paciente amenaza la “cabeza judía” del analista “San Juan Bautista”. Y aquí volvemos a encontrarnos con la paradoja de que es el judío —Salomé era una princesa judía— quien persigue. Es que el judío “asesinado” ha pasado ahora a adquirir el poder omnipotente sádico que antes aparecía como propio del perseguidor antijudío.

La sesión siguió:

La paciente cuenta lo que le pasó esa tarde. Dice que llegó tarde de casualidad, porque se le hizo tarde. Iba a ir a lo de su maestro, pero

no pudo porque tuvo que salir con el hijo que vive con ella. Luego iba a ir al Hospital Israelita a ver a M (una amiga íntima que trabaja en esa institución), pero a las siete habló con J (el amante de ese momento). No pensaba verlo pero al fin acordaron encontrarse por un rato. Se vio con él y entonces se le hizo tarde.

A: –Venir a la sesión toma el mismo carácter persecutorio que tiene para usted hablar de estas cosas con su maestro. Me hace acordar lo que hablábamos ayer acerca de su hijo y la lección de francés. Su hijo le dijo que no podía dar la clase y que tenía que ir a la oficina, lo mismo que le pasa a usted conmigo; no quiere exponerse a hablar este lenguaje y hace otras cosas en lugar de venir a la sesión. Usted asoció con el Hospital Israelita; el lenguaje que vendría a hablar aquí sería el ídich. Creo que en el fondo es porque yo soy el judío persecutorio. M vendría a ser la otra parte suya, la que sí está conectada conmigo.

Tal como le interpreta el analista, el maestro lo representa, así como la amiga M. Ambos hablan el idioma que ella no puede escuchar porque contiene las fantasías taliónicas. Es el lenguaje “judío persecutorio”. Encontramos en dos representaciones el mismo contenido. No va a lo de su maestro por salir con el hijo –desplazamiento de su hijo antijudío–, ni va al Hospital Israelita por salir con su amante. En su salida con el hijo y en la salida con el amante encontramos dos representaciones del ataque antijudío: el ataque al maestro y a la amiga del Hospital Israelita, que corresponden al ataque al analista judío llegando tarde a la sesión.

En este fragmento es evidente que el atentado antijudío –que, como hemos señalado, está representado por su llegada tarde a la sesión– corresponde a la salida de ella con su amante, acto con el que infringe la severa moral cristiana de su medio social. El atentado antijudío es así un atentado a la ley de Dios –la ley mosaica– y, en otros términos, es un atentado contra su protosuperyó –yo ideal–, que queda adscripto a lo judío.

La paciente siguió diciendo:

P: –¿Cómo? No, porque M me dijo muchas veces de ir a verla y yo nunca voy.

A: –Me dice que va a venir y se queda con J.

P: –Yo le dije que iba a ir a eso de las cuatro y después no pude.

A: –¿Y M es judía?

P: –No, pero trabaja allí.

A: –Yo vendría a ser el Hospital Israelita y M representa una parte suya que está en contacto conmigo, con la parte judía. Pero hay otra parte que es la que no viene, que queda como opuesta, con J. Sería la expresión de su disociación y de su ambivalencia: usted vino a las ocho y media; mitad y mitad.

P: –Es una manera original de ver las cosas. Usted ve sólo la parte esa, ¿por qué no podría pensar: “qué bien que vine”?

A: –¿Cómo sería eso?

P: –Claro, que estuve con él y vine. ¿Por qué usted piensa así?

A: –Posiblemente es más completo como usted lo está expresando. La idea es que hay una parte en usted que quiere venir, pero que tiene que vencer una dificultad, que es estar con J. Habría una parte buena en el sentido de venir acá, de colaborar; pero de esta manera niega la otra parte, la parte correspondiente a su hijo, el antijudío, que se niega, que me rechaza. El llegar tarde implica todo esto. Es una manera de defenderse de la persecución que le represento yo. Hemos visto que para usted J la salvaría de vivir acá esa persecución. En ese sentido, el alejarse del análisis volcándose a J sería un intento de disociar y de negar el carácter persecutorio que tiene todo esto, dejándolo en el análisis, y realizando con él lo que Freud denominaba una cura por el amor, es decir, una relación idealizada.

P: –J cura. Si estoy bien, y me siento bien, para qué me voy a analizar.

En el fragmento que acabamos de reproducir, que corresponde a la última parte de la sesión, dejando de lado otros contenidos, está manifiesta la disociación de la paciente. Antijudía por una parte y judía por la otra. Cuando por su encuentro con J llega tarde a la sesión, y, por lo tanto, por un rato, hace desaparecer al analista, la encontramos omnipotente y maníaca. Con su ausencia “elimina” al analista-judío, mas, automáticamente, el analista-judío “muerto” pasa a contener la omnipotencia y ella es la perseguida.

El judío “asesinado” corresponde a una parte de ella aletargada, la misma que poco después aparece proyectada en el judío perseguidor omnipotente y sádico.

Resumiendo las consideraciones que hemos hecho sobre los contenidos del conflicto judío-antijudío, tal como aparece en la sesión que acabamos de estudiar, se destaca una extrema disociación: mientras por una parte la paciente es la antijudía, por otra parte es lo judío. En su actitud maníaca antijudía la paciente aparece identificada con aspectos de su yo ideal. Su otra parte de la disociación está colocada en el analista-judío negado, “eliminado”. Mas la “muerte” del analista-judío, que en términos del mundo interno de la paciente corresponde al aletargamiento del objeto correspondiente, conduce automáticamente a un cambio de los roles. La paciente es ahora la perseguida por el yo ideal omnipotente proyectado en el analista-judío. El analista-judío en el mismo acto del “asesinato” adquiere la omnipotencia persecutoria que habíamos encontrado en el antijudaísmo de la paciente.

## Caso II

Mientras en la primera parte el tema fue el análisis de un no judío por un analista judío, en esta segunda parte, tal como dijimos al comienzo, vamos a ocuparnos del problema del antijudaísmo en la terapia psicoanalítica tomando como objeto el análisis de un paciente judío por un analista no judío. El paciente estaba por ser padre, y como consecuencia de ello se habían excitado sobremanera sus conflictos raciales. Si el hijo resultaba varón, aparecía entonces el problema de la circuncisión –producto de la presión que ejercía sobre él su tradición judía, que lo inducía a hacerlo–; la influencia del análisis lo detenía, y, finalmente, cuando nació el hijo varón, lo definió a dejarle el prepucio.

Se trata de un paciente que cuando comenzó el psicoanálisis, hace ya siete años, padecía una esquizofrenia paranoide desde hacía otros ocho años, por lo que había sido objeto de varias internaciones. Previamente al psicoanálisis había sido tratado por los métodos psiquiátricos clásicos, en particular electroshocks, y pesaba sobre él un pronóstico negativo. El psicoanalista actual era por ese entonces médico interno del sanatorio y así le cupo una participación en la aplicación de los electroshocks. Después de haber comenzado su psicoanálisis tuvo algunas recaídas que exigieron su internación y tratamiento por electroshocks, pero paulatinamente fue mejorando. Desde hace tres años no padece de episodios psicóticos, y actualmente trabaja bien con excelente resultado económico, se ha casado y está por tener su primer hijo.

Proviene de una familia judía, y en el análisis surgía esta circunstancia como un conflicto. La circuncisión aparecía como un símbolo del sometimiento a esas tradiciones judías, y la lucha interior frente a la actitud a adoptar con el futuro hijo se manifestaba por el conflicto con el analista no judío. El paciente nos muestra así, a través del juego de sus identificaciones, sus vivencias más profundas, que se confunden con el desarrollo de su conflicto judío-antijudío.

A través del análisis del embarazo de su mujer pudimos ver que el feto le representaba, con su prepucio, al yo ideal omnipotente, y esta proyección del paciente ponía en peligro su identificación con ese yo ideal. Por otro lado, el feto era el “yo ideal” omnipotente con el cual el paciente tendía a integrarse, mas esa posible integración lo exponía al ataque de los aspectos persecutorios de ese yo ideal. El feto aparecía así representando al antijudío. Se establece así el conflicto judío-antijudío en la relación entre él y el feto. La circuncisión del hijo aparentemente le resuelve el conflicto, pues hace del recién nacido alguien que contiene esa omnipotencia, pero

sin la peligrosidad del niño con prepucio que conserva intacta la omnipotencia fetal. El hijo circuncidado es igual a él mismo circuncidado. En el análisis, estos contenidos cobraron desarrollo. Los exponemos a través de la transcripción de una sesión y de las consideraciones sobre la misma.

Esta sesión es justamente la del día anterior al parto en que nació el primer hijo del paciente y, por consecuencia, aquella en que la tensión en relación al feto-hijo era máxima.

El paciente, con voz seria y grave, en clima tenso, comenzó diciendo:

P: —... Pensé... en persecución... algo que me puso en tensión en el momento mismo que me acostaba... debe ser su presencia desde el punto de vista analítico.

A: —¿Por qué mi presencia desde el punto de vista analítico?

P: —Así, amenaza con persecución. Tengo temor de su cuaderno.

A: —Como en sus crisis, en las cuales “con el amigo no rompía, con el analista sí”. Esto corresponde a distintas imágenes persecutorias que tiene usted dentro y coloca sobre mí.

P: —No veo esta crisis... Puede ser... por el acercamiento a la fecha del nacimiento del bebé. (*Silencio.*)

Al recostarse siente que él es el analista-madre judía que da a luz. El analista pasa a simbolizar al feto —yo ideal— que nace y corresponde a una vivencia de pérdida de su omnipotencia, que queda colocada proyectivamente en el analista-feto-hijo. El analista pasa así a ser un temible perseguidor, ya que en su rol de feto-hijo tiene consigo los objetos arcaicos omnipotentes del paciente. La representación fecal que estas fantasías poseen —feto=heces— imprime al material del paciente características anales. De esta manera, el paciente vive el parto como un sometimiento anal homosexual al analista, e intenta negar esta situación identificándose con ese feto-hijo-omnipotente —actitud que corresponde a lo que fueron sus ataques psicóticos—.

El silencio parece seguir inmediatamente a la fantasía de nacimiento del hijo, y simboliza su máxima omnipotencia —en el silencio es dueño absoluto de su mundo interno, está confundido con él mismo— y también la máxima castración —él es el hijo-feto-cadáver (letargo) atacado y “muerto”—. Es una elaboración melancólica del nacimiento del hijo, y, en la transferencia, del encuentro con el analista.

El silencio fue roto por el analista, quien dijo:

A: —A mí me angustió. Es su angustia frente a su crisis, que yo percibo y usted niega.

P: —Sí, yo venía angustiado. Ahora me siento menos tenso...

A: –Este estado suyo se relaciona a la euforia y fantasías de triunfo frente al “nacimiento tan próximo de su hijo, así como también frente a A. (*Otro paciente que lo visitó poco tiempo antes para “tomar ejemplo” de él.*)

P: –Sí, porque siento mucho orgullo al saber que voy a ser padre; esto y la visita de A me han hecho sentir una mayor fuerza en mi interior.

A: –Su sensación de orgullo corresponde a que usted se siente reivindicándose así de sus frustraciones anteriores. De ahí también que se sienta, en medio de su euforia, muy perseguido por mí. Por eso trata de prescindir de mí, porque si me toma en cuenta siente que todo ese “bienestar” se le derrumba; es el “contraataque”... Como soy analista, siento que es el análisis, las interpretaciones, las armas con que yo le puedo contraatacar y bajarle la cabeza orgullosa.

La angustia, tan asociada al nacimiento, nos habla de la vivencia de parto que contiene este pasaje. El silencio precede al revivir, por parte del paciente, su nacimiento, a través de una proyección sobre el analista. El hijo que nace, omnipotente, peligroso, castrador, maníaco, va triunfando sobre los padres, con quienes el paciente está identificado. Nacimiento e identificación se confunden, y es así como el paciente siente suyos estos contenidos que desde otro enfoque son del analista-feto-hijo. Este sentimiento corresponde a las fantasías mesiánicas, omnipotentes, de sus episodios psicóticos. Acto seguido, aparece el contraataque del analista, la retaliación –el paciente taliativamente triunfaba sobre el analista-feto por quien se había sentido sometido; el analista, a su vez, volvía a triunfar sobre él, cumpliendo con la ley del talión, es decir, lo retaliationaba–. La retaliación del analista estaba representada por la circuncisión –“bajarle la cabeza orgullosa”–, y reproducía su relación básica con los padres judíos, que es la que intentaba reproducir siendo ahora él el padre, cuando pensaba circuncidar a su hijo.

A la interpretación, el paciente asoció:

P: –Me acuerdo de mis amigos que usufructuaron la situación económica argentina cuando era buena... y mientras yo estaba en el sanatorio, ellos se compraron coches y progresaron...

A: –Esto lo está sintiendo conmigo. Yo lo habría internado en el sanatorio para que no progresara, mientras yo avanzaba y le sacaba la plata. Ahora, al desarrollarse, usted progresa económica y psicológicamente: casarse, ser padre, etc., lo siente con ideas de venganza. Se da vuelta la tortilla; pero su sentimiento de triunfo viene acompañado por un gran temor persecutorio.

Los que progresaron mientras él estaba internado son los representantes de objetos superyoicos de su mundo interno, objetos que se desarrollaron

a expensas del “yo” que no pudo así integrar contenidos fundamentales del ello, quedando limitado y empobrecido.

El paciente vivenció su salida del sanatorio como un nacimiento, y sus notables progresos posteriores, resultado de una identificación maníaca con esos objetos superyoicos –padres–, como un apoderarse de los bienes de sus padres-analista. Al nacerle el hijo se repite el proceso, pero ahora él es el padre y el hijo lo amenaza con quitarle estas “riquezas” que nuestro paciente ha “conquistado”.

El paciente siguió diciendo:

P: –Así no soy feliz, con todos estos sentimientos vengativos y temores, culpa y miedo al búmerang... (*Con tono depresivo y afligido.*) Esto me hace recordar a un partido de catch que vimos en televisión.

A: –Lógicamente, es lo que le pasa aquí, donde todo lo vive como una lucha.

P: –(*Súbitamente angustiado y tenso, sobresaltado.*) ¿Cómo que es lógico? ¿Qué me quiere decir?

A: –(*Sentí que había vivido la situación en términos de ecuaciones simbólicas, y le interpreté.*) Se sobresaltó porque cuando yo dije “lógicamente”, lo vivió como que yo confirmaba sus temores y le decía que sí, que efectivamente yo era el búmerang, porque así me siente en este momento; y que es “lógico”, que así lo voy a meter en el sanatorio.

En su fantasía, él da a luz un hijo peligroso. La lucha que sigue corresponde al parto, que es a la vez un proceso de identificación con ese hijo peligroso que puede destruirlo. Es nacimiento e incorporación al yo de partes disociadas del paciente que habían permanecido en un estadio prenatal. La internación en el sanatorio en la que podría concluir esta lucha, significa una regresión al estado anterior en que estos núcleos prenatales permanecían encerrados, aletargados.

En otros niveles, este conflicto se expresaba en un lenguaje anal. El búmerang representa al pene del analista, y la lucha, la relación homosexual en la que él se somete masoquistamente.

La sesión continúa:

P: –Me enteré de que en la facultad hay elecciones; si ganan los humanistas, se meten los religiosos... puede haber antisemitismo...

A: –Los humanistas, los antisemitas, me representan a mí que lo ataco y persigo, por todo lo que me sacó. Conmigo se siente projudío, al revés de lo que le pasa con sus padres, donde se siente el antisemita, el nazi, el tacuara. Se quiere vengar de sus padres por la castración,

la circuncisión... Pero a mí también me siente como a su padre que lo castró al circuncidarlo: porque yo soy el judío que lo castró con la internación y el electroshock, que representan su circuncisión que fantasea hacerle, vengativamente, a su hijo.

Las elecciones en la facultad, que permiten que se “metan” los religiosos, simbolizan la integración en el yo de elementos disociados persecutorios referidos al yo ideal –recordemos que en sus episodios psicóticos tenía delirios místicos en los que se sentía cerca de Dios–, y que en la transferencia estaban proyectados en el analista constituyendo lo antijudío. El paciente, en su éxito –mejoría general y económica en particular–, siente que ha obtenido para sí aspectos del yo ideal, y entonces el analista-padres despojado lo persigue. Así también vive la relación con el feto-hijo, quien aparece arrebatándole, como el paciente-hijo con los padres, los bienes ideales.

En la última parte de la sesión, el paciente dice:

P: –Puede ser, porque últimamente he fantaseado con dejar el análisis.

A: –Para escapar de mí; es como huir del sanatorio y dejarme vengativamente, a mí, adentro, encerrado, en el consultorio-sanatorio.

P: –Últimamente siento enfermo mi oído, y se acentuaron mis preocupaciones por los dolores en la columna.

A: –Es la circuncisión que yo le hice, y que descarga sobre su hijo, que representa al análisis, los progresos suyos y a mí.

La idea de dejar el análisis corresponde a una fantasía de nacimiento –salir del análisis-útero–, identificada con el feto que está por nacer, y pasar así a poseer la omnipotencia del feto, no con las limitaciones que le impone el ser judío que aparece sólo parcialmente identificado con el yo ideal, sino en forma plena. Pasa a ser así el antijudío omnipotente. El analista pasa a ser los padres judíos circuncidados, castrados, “internados”. Finalmente, en una elaboración melancólica, se identifica con el analista-padres atacado. El paciente asociaba esos dolores en la columna con los electroshocks que le había aplicado el analista.

El embarazo de la mujer del paciente y la particularidad de que esta circunstancia excitaba justamente el problema judío nos llevaron a un enfoque donde lo fetal aparece manifiestamente en un primer plano. Por otro lado, era notable la fijación del paciente a niveles que podemos considerar fetales. Padecía de un “dormir” con características catatónicas –letargo–, típico de estos niveles, y, como un feto, se hacía trasladar pasivamente –sólo podía viajar en taxi–. Conocemos el contenido fetal del letargo, y su actitud pasiva de hacerse llevar correspondía a la fantasía de ser el feto

dentro del vientre de la madre. También aparecía en este caso la representación fecal que suelen tener estos contenidos, en la que el útero es sustituido por los intestinos y el feto por la materia fecal.

En un material donde coincidentemente con la movilización que estaba experimentando tuvo un grave accidente, encontramos estos contenidos. Por una imprudencia provocó una explosión de gas en su departamento, que pudo ser trágica y que correspondía a la fantasía de un parto explosivo.

En síntesis, podemos decir que en este caso lo judío del paciente está representado en un nivel por su identificación con unos padres cuya potencia posee rasgos de omnipotencia. En el material que expusimos, esto corresponde a los rápidos progresos que realizó desde que salió del sanatorio. En otro nivel, lo judío corresponde a su identificación con el feto aletargado –en su psicosis e internación–. Correlativamente podemos también describir dos niveles en el anti-judaísmo de este paciente: su envidia por los progresos que veía en el analista y, en su forma extrema, su identificación con los contenidos del feto-hijo entero, “con prepucio”, es decir, un “yo” en una identificación ideal con el “ello”.

Cuando consideramos los dos casos que hemos expuesto nos encontramos con características comunes que se destacan. En ambos es notable una profunda disociación, en la que una de las partes corresponde al yo ideal y la otra al yo, y también es evidente la proyección de una de estas partes con el establecimiento de una situación persecutoria. En las sesiones descriptas hemos encontrado esta disociación interna dramatizada en la transferencia.

Así vemos en el caso I la disociación de la paciente cuando sale con el amante en una actitud maníaca omnipotente, mientras por otro lado también es el analista-judío aletargado –psicológicamente asesinado–. Acto seguido, aparece atemorizada ante el sultán, objeto en el que se transformó el “cadáver” que había proyectado en el analista, mientras ella por otra parte se transforma en Scheherazada atemorizada por la posible taliación. Más adelante cambia nuevamente el signo de la disociación. Maníacamente, ella aparece identificada con “el judío” que había estado aletargado y es Salomé omnipotente y sádica que ataca al analista “San Juan”.

También es muy evidente la disociación en la sesión del caso II. En un comienzo, el paciente se identifica con los padres judíos perseguidos mientras proyecta sobre el analista el “yo fetal” omnipotente –yo ideal– que representa lo antijudío. Más adelante aparece un mecanismo maníaco por el cual el paciente se identifica con el feto y pasa a adquirir para sí la omnipotencia perseguidora mientras proyecta sobre el analista a los padres judíos perseguidos.

En la introducción hablamos de dos momentos en el proceso del anti-judaísmo: uno corresponde a una manifestación moderada y el otro a la

culminación de este proceso. En nuestra práctica encontramos la expresión moderada de antijudaísmo en la situación psicoanalítica, en la que el psicoanalista es considerado, en términos generales, “judío”, mientras el paciente se identifica con el antijudío. Esta proyección sobre el analista corresponde a aspectos del paciente identificados parcialmente con el yo ideal y que aparecen poseyendo sus mayores bienes. Por medio del análisis, el paciente espera llegar a la posesión de esas “riquezas” proyectadas.

Asimismo sabemos que el nacimiento y el desarrollo del psicoanálisis están muy asociados a lo judío. Freud y sus más íntimos colaboradores –S. Ferenczi, K. Abraham, E. Jones, O. Rank, H. Sachs y M. Eitingon–, que rigieron el movimiento psicoanalítico desde 1912 hasta 1922 por medio del “*Committee*”, eran todos librepensadores sin limitaciones religiosas y todos de origen judío, excepto Jones que, de todas maneras, estaba muy identificado con lo judío. Además, el psicoanálisis ha sido víctima de la persecución antijudía.

Volviendo al material clínico que presentamos, la forma moderada de antijudaísmo aparece, tal como acabamos de decir, matizando toda la relación entre estos pacientes y sus analistas. Especificando más, esta relación está manifiesta en el caso I en la amistad de la paciente con M, la amiga que trabaja en el Hospital Israelita, quien representa su identificación con lo judío y que a la vez representa al analista, a quien se siente positivamente ligada pero de quien la separan ansiedades persecutorias. En el caso II encontramos esta forma moderada de antijudaísmo en la relación del paciente con el amigo-analista envidiado, que aprovechó las circunstancias y “compró coche y progresó”, y con quien tiende a identificarse en sus progresos. En este contexto, el analista representa al judío-padres persecutorio, pero de quien, sin embargo, espera obtener lo que en él ha proyectado.

El otro momento en el proceso del antijudaísmo, que corresponde a su manifestación extrema, es muy evidente en el material de estos pacientes. En el caso I aparece repetidamente el tema de la persecución y la muerte. Lo encontramos cuando la paciente “mata” al analista-judío en su llegada tarde. Reaparece el tema cuando se siente Scheherazada perseguida taliativamente por el “judío asesinado” transformado por este mismo acto en el sultán omnipotente. Más adelante, ella maníacamente se identifica con el judío talionador cuando “es” Salomé y el analista San Juan Bautista. En el caso II encontramos un movimiento semejante. La sesión comienza con el tema de la persecución por el feto que representa al antijudío maníaco, omnipotente, que ataca al paciente identificado con los padres judíos. En otra parte, el paciente, identificado con el feto-hijo, se siente omnipotente persiguiendo al analista-judío.

---

**LA ENVIDIA COMO UNA FANTASÍA  
HEPÁTICA Y SUS RELACIONES CON  
LA MANÍA Y LA PSICOPATÍA [I]**

---

(1964)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1964a) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [I].**

## **Primera edición en castellano**

*Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, vol. 2, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 247-260.

## 1. La envidia como una fantasía hepática

El hablar de fantasías orales, anales o genitales, ha surgido de la observación unida a un principio teórico que ha hecho posible su reconocimiento y ubicación conceptual y que nos permite hablar también de fantasías inconcientes *primarias* correspondientes a otros órganos. Este principio ha sido explícitamente formulado por Freud cuando dice: “...pudiendo funcionar como tales [zonas erógenas]... en realidad todos y cada uno de los órganos” (Freud, 1905*d*, pág. 818) y “todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación del instinto sexual” (Freud, 1924*c*, pág. 1025). Tal como está construida la teoría psicoanalítica, parece indudable que estas cargas deben acompañarse de una representación mental específica inconciente. Esto lo expresa Susan Isaacs diciendo: “Todos los impulsos, todos los sentimientos, todos los modos de defensa, son experimentados en fantasías... Una fantasía representa el contenido particular de las pulsiones o sentimientos...” (Isaacs, 1948\*, pág. 84), y más adelante: “...los distintos mecanismos”, que según la misma autora “derivan en última instancia de los instintos y de las reacciones corporales innatas”, “se relacionan con fantasías específicas” (Isaacs, 1948\*, pág. 102).

Pienso, de acuerdo con conclusiones que expresé en trabajos anteriores (Chiozza, 1963*a*, 1963*b*<sup>1</sup>), que *el componente hepático añade la cualidad específica que transforma en envidia a una fantasía visual-proyectiva*

---

<sup>1</sup> Y también en “Sobre la existencia de un nivel de fijación hepático”, trabajo presentado en el V Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, México, febrero de 1964.

(*invideo*). Expresar el contenido de fantasías tan corporales con símbolos verbales es sólo una burda aproximación, pero algunos de los matices específicos de estas fantasías hepáticas inconcientemente utilizados por el lenguaje habitual, están latentemente contenidos en él. De esta manera, *lo venenoso y lo amargo quedan vinculados a lo hepático a través de la bilis, y lo mismo ocurre con la envidia y los celos, asociados en el lenguaje a los colores amarillo y verde y a la ictericia*. Freud cita el caso de un hombre que “sufría extraordinariamente en sus ataques de celos y... que describía su estado, diciendo sentirse como Prometeo encadenado y entregado a la voracidad de los buitres, o arrojado en un nido de serpientes...” (Freud, 1922b [1921]), pág. 1018). En inglés, *jaundice*, palabra que deriva del francés y surge de *jaune* (amarillo), posee dos acepciones; se la usa para denominar la ictericia y a la vez para referirse a un estado mental patológico caracterizado por celos, envidia, malicia y suspicacia.

Repetiré aquí algo que he expuesto más detalladamente en trabajos anteriores. Parece evidente que *la acción de envidiar constituye un mecanismo que, visto desde el aspecto corporal, es o simboliza la formación de la bilis y su progresión a través de las vías biliares*. La bilis “prepara” los alimentos e interviene activamente en un tipo de digestión que podemos considerar “externa”, ya que no se localiza en la intimidad de los tejidos sino en la luz intestinal. De acuerdo con lo que acabamos de decir, el envidiar debería incluir, psicológicamente considerado, un modo de funcionamiento mental que consiste en desmenuzar o analizar un objeto “afuera”, o sea antes de incorporarlo. Esto implica afirmar que, como ocurre con cualquier otro mecanismo, el envidiar sólo adquiere significado patológico a través de los factores descriptos en la serie complementaria. Mantengo el nombre de envidia para este aspecto sano de aquello que se ha descrito como un impulso destructivo perjudicial, por dos motivos: primero, porque creo que se trata de *un mismo* mecanismo que es utilizado de una manera e intensidad diferente dentro de la salud y la enfermedad, según un contexto que en parte es producto de un pasado heredado y adquirido; segundo, porque, en castellano por lo menos, el término “envidia”, lo mismo que el verbo “envidiar”, mantienen al lado de aquella que destacamos en psicoanálisis una connotación positiva que aparece en el diccionario definida como “deseo honesto” o “apetecer lo lícito”.

Es un hallazgo continuamente comprobado el que celos y envidia aparezcan íntimamente ligados en la fantasía inconciente. M. Klein (1957a) presenta a los celos como un afecto que surge de la envidia y que aparece en cuanto la relación bipersonal madre-hijo (boca-pecho) pasa a estructurarse en la relación edípica triangular. Si pensamos en la afirmación de Freud

(1922*b* [1921]) cuando, refiriéndose a los orígenes del yo ideal, dice que la primera y más duradera identificación ocurre con ambos padres de la prehistoria personal, y es directa e inmediata, anterior a toda catexis de objeto; y si aceptamos una representación o existencia interna, heredada, de la pareja parental (Rascovsky, 1960; Cesio, 1964), tal como se desprende de las anteriores palabras de Freud (Cesio y colab., 1964*b*), podemos concluir que la situación triangular, edípica, necesaria para la aparición de los celos, ya se halla contenida en el psiquismo desde el primer momento.

Al lado de estas consideraciones dinámico-estructurales acerca de los celos, podemos hacer otras de tipo económico. La palabra “celo”, derivada del latín *zelus* (ardor) y del griego *zeo* que significa “yo hiervo”, nos permite establecer una conexión entre los celos y la frustración instintiva que queda de esta manera asociada al fuego como un representante de los instintos, y también a la interpretación que hemos hecho del mito de Prometeo en otro trabajo (Chiozza, 1963*a*, 1970*g* [1966]). Este contenido económico de los celos aparece también cuando se habla, refiriéndose a ciertos animales, de una época de celo. Podríamos aventurar la hipótesis de que la carencia más o menos temporaria de un objeto adecuado en lo que respecta a los instintos del yo –que “comen” del propio organismo (Racker, 1957*a*)–, estructuraría una serie progresiva que recorre el apetito y el hambre hasta configurar un estado patológico, la voracidad, en donde no basta la presencia de ese objeto adecuado, para restituir la normalidad. (Damos por supuesto que esto además depende de una ecuación interna constitucional y que contiene una carga oral libidinosa.) Análogamente, una suficiente intensidad de carencia, en lo que respecta a los instintos libidinosos, daría lugar a los celos patológicos como un equivalente “genital” de la voracidad. (Incluimos aquí dentro de lo “genital” las fantasías primitivas, que corresponden a la pareja de la propia prehistoria heredada en el inconsciente, y que se materializarían durante las fases más narcisistas del desarrollo como crecimiento, que es producto, visto en su aspecto corporal, de la reproducción celular.)

La presencia del estímulo (objeto) específico provocaría, en el voraz y en el celoso, el re-sentimiento de una carencia experimentada como un fuego devorador, cuya satisfacción directa es ya imposible, tal vez como resultado de la regresión. La envidia entonces, como un mecanismo digestivo del yo, procuraría la destrucción de este estímulo (objeto) que se ha tornado persecutorio, originando algunas veces, como lo ha señalado M. Klein, un círculo vicioso perjudicial; pero podríamos pensar que otras veces, quizás a expensas de un empobrecimiento en todas sus posibilidades de relación con el objeto, el yo logra defenderse así de una situación mucho peor.

## 2. Relaciones de la envidia con la manía y la psicopatía<sup>2</sup>

### 3. Presentación de una paciente

Presentaré ahora, más como ejemplo que como demostración, un material clínico cuya elaboración me ayudó a comprender parte de lo que expuse anteriormente. Se trata de una mujer de 30 años<sup>3</sup> que, cuando llegó a mí, había comenzado hacía pocos meses una psicoterapia de grupo porque, según me explicó, se sentía insegura, con aburrimiento o con fastidio que se transformaba rápidamente en angustia, y con fantasías de suicidio y de infidelidad. Luego de un coito extraconyugal que fue antecedente casi inmediato a las vacaciones de su psicoterapeuta de grupo, le pidió a éste que le recomendara un analista “individual”, lo cual en su fantasía significaba “para ella sola”. Comenzó así su tratamiento conmigo en un mes de febrero, con una enorme preocupación por los días que yo me tomaría de vacaciones, porque, aunque sabía que eran pocos, y por eso me eligió, temía no poder soportarlos. Había padecido, según vimos más adelante, trastornos diagnosticados como hepáticos, que se caracterizaban por ocasionales dolores en el hipocondrio derecho, de carácter generalmente cólico, y acompañados muchas veces de náuseas, vómitos y mareos. Había entre estos episodios grandes intervalos libres. Ignoro si le fue diagnosticada alguna vez una colecistopatía con métodos auxiliares de diagnóstico.

Para los fines que nos ocupan, elegí este caso por varios motivos: primero, la presentación de un episodio vesicular durante el tratamiento; segundo, porque, parafraseando lo que ha escrito Garma a propósito de un pseudoulceroso (Garma, 1954), si esta paciente está exenta de una alteración somática claramente perceptible, la ausencia de una tal alteración somática vesicular mantendrá en su terreno original los conflictos que actúan en el enfermo de las vías biliares, permitiéndole percibir mejor los procesos que actúan en ella. Además, y quizás vinculado con esto último, me parece un caso particularmente adecuado para estudiar el tema que nos ocupa en relación con la psicopatía y la manía.

---

<sup>2</sup> {El contenido original de este apartado, con algunas modificaciones, está incluido en “La envidia como fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [II], artículo siguiente en este tomo.}

<sup>3</sup> {Esta paciente es presentada como la señora A en “La envidia como fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [III], véase el artículo siguiente en este tomo.}

Durante los seis primeros meses de tratamiento aparecieron frecuentes referencias a malestares hepáticos. A veces eran propios aunque de otra época, a veces aparecían en sus relatos a través de terceras personas que los sufrían, una vez tuvo un pequeño “ataque” hepático en mitad del sueño, otra vez una de sus hijas, de pocos años de edad, padeció de una discreta hepatomegalia con una ictericia leve que le duró varios días. En el material manifiesto, tales perturbaciones aparecían vinculadas al asco, las náuseas y la rabia (pataletas). Todas esas ocasiones tenían en común una situación transferencial subyacente, simbolizada y actuada en esa sintomatología, y que correspondía a la introyección de un aspecto materialmente frustrante de la realidad exterior, que la conducía a la pérdida de la ilusión de una unión omnipotente conmigo y que se manifestaba como una crisis de celos y envidia inconcientes coartados en su derivación hacia el objeto externo. Visto desde el punto de vista que nos interesa destacar aquí, diremos que el fracaso de la omnipotencia como mecanismo maníaco que contiene la identificación con lo ideal, la conducía a las fantasías hipocondríacas, debido a que se hallaba bloqueado el camino hacia la acción sobre el objeto externo propio de la actividad normal o de la psicopatía.

Veremos con más detalle uno de estos episodios en el cual una crisis intensa se expresó en la transferencia. Como resultado de la elaboración lograda a través de seis meses de tratamiento, pudimos, en una sesión determinada, obtener un *insight* muy cargado de afecto acerca de su angustia ante situaciones placenteras que hubieran debido provocarle bienestar. Me expresó entonces gratitud y su vivencia de una unión satisfactoria conmigo. Simultáneamente, como defensa y como repetición compulsiva, esta unión fue idealizada y transformada en la posesión omnipotente del objeto, mediante la negación, en el presente transferencial, de la existencia de nuestras dos personas como *individuos materialmente separados* en el espacio y el tiempo. Cuando esta negación, ante el incremento de la frustración ligada al tiempo transcurrido (y también por repetición del pasado), se destruyó en el “aquí y ahora” de la sesión siguiente, pasó a ser simbolizada (y racionalizada), en ese presente transferencial, con material referido a la separación por un día feriado y por una demora mía en atenderla.

Formó parte de mi demora en atenderla la circunstancia de estar utilizando el tiempo que le era debido a ella en otro paciente. (Esta situación corresponde, como es evidente, simultáneamente a *mi* transferencia y a mi contratransferencia, que considero, de acuerdo con Racker –1960– y con Cesio<sup>4</sup>, una y la misma cosa vista desde dos ángulos diferentes, o sea en función

<sup>4</sup> Comunicación personal.

de ser analizado o de ser analista, pero cuyo análisis no es imprescindible en este momento para la comprensión de lo que deseo ejemplificar.)

Durante ese día feriado al cual nos estamos refiriendo, que fue intervalo entre dos sesiones, sus conflictos disociados y somatizados aparecen como una súbita enfermedad de su vesícula biliar. Tuvo fiebre, náuseas, vómitos, mareos y dolores muy agudos en el hipocondrio derecho. Le fue diagnosticada una colecistitis aguda debido a una tumoración muy dolorosa en esa zona, que, según palabras de la paciente, “se veía a flor de piel”. Mientras tanto, *en lo que respecta al contenido manifiesto* de sus vivencias psicológicas, continuó experimentando la sensación de una unión gratificante conmigo. Pensaba cuál pudo ser el conflicto que la había llevado a este estado, y a pesar de las prescripciones del médico consultado, que le había aconsejado tres días de reposo en cama y le había prevenido que podría sobrevenirle una ictericia, concurrió al día siguiente a mi consultorio. Veamos algunos trozos de esta sesión precedida por mi demora en atenderla.

*(Entra pálida de rabia.)* ¿Usted sabe cómo estoy? Estoy furiosa. Me iba a ir. ¿Usted sabe el esfuerzo que hice para llegar a las siete? Estuve descompuesta. Toda la noche me sentí mal. Con un dolor terrible en el costado derecho... unas puntadas... y vómitos y mareos. Un ataque de hígado. Le iba a decir a la muchacha: dígame al doctor que se vaya a la mierda. Cederle cinco minutos de mi hora a un boludo... que se vaya a la mierda... si estaba mal, que se aguante. Para qué me levanté de la cama para venir. Tenía miedo de manejar de cómo me sentía. Quería pensar por qué era y no lo lograba... debe ser por ayer. Pero encima... mi hora y otro tipo adentro, no lo puedo aguantar... Ayer lo mismo, que no me atendió... La familia me decía que me quede en cama... consideré que era importante venir aquí... [...]

...y me da un fastidio bárbaro. Ceder algo que considero que es mío me resulta imposible, me doy cuenta... Ceder la tentación de venir manejando mi propio coche. Pero estaba tan mareada... Sonia (*una hija de 10 años*) estaba tan preocupada que quiso acompañarme. Estoy floja, porque anoche estuve con vómitos. Lo único que estoy es a té. Era tal la inflamación de vesícula que se veía a flor de piel. El médico me dio tres días de reposo por miedo a una ictericia. No sé si lo dijo por asustarme. Me cuesta ceder, tenía una ambivalencia bárbara, pero no estaba en condiciones de manejar. Aceptar que necesito de alguien y que estoy en inferioridad de condiciones es tremendo para mí... y encontrarlo con otra persona... para qué le voy a contar... Hubiera sido divertido que me hubiera ido de verdad.

Con el presente material, que, debo aclararlo, era completamente inhabitual en ella, deseo ejemplificar, en primer lugar y como contenido, los celos que estallan porque, aunque disociados y colocados en un síntoma corporal, ya estaban “a flor de piel”,

Aunque luego volveremos sobre este aspecto, para evitar repeticiones nos apoyaremos en M. Klein (1957a) y diremos que si, como ella afirma, “los celos están basados en la envidia”, podemos aceptar que en este material otro contenido importante era un sentimiento de envidia inconciente que también permanecía negado y se expresaba somáticamente. Durante el día feriado, celos y envidia fueron reactivados nuevamente junto con la gratitud experimentada hacia un objeto gratificante transferido sobre mí, pero que ya no estaba materialmente presente, y fueron negados y disociados maníacamente, y también inhibidos en su derivación hacia la acción y hacia la conciencia por tratarse de actos prohibidos y de representaciones displacenteras. Quedaron bloqueados simultáneamente el pensamiento y la actuación, y fueron sustituidos por el síndrome corporal, a través de un órgano cuyo lenguaje debe ser particularmente apropiado para expresar estas vivencias, puesto que lo suponemos muy íntimamente vinculado a las fuentes somáticas específicas que proporcionan la carga para esos afectos (Chiozza, 1963a). Los celos y la envidia fueron, pues, sustituidos por un síndrome corporal cuya representación psicológica acompañante era una ansiedad hipocondríaca. Esta ansiedad hipocondríaca estaba antes, durante su negación maníaca, encubierta. Al día siguiente, el tiempo transcurrido como separación y mi demora fueron incrementando la frustración (como ocurre con el lactante que alucina el pecho), y esto transformó la negación en económicamente insostenible. Aparecieron entonces los celos como contenido psicológico, acompañados de un *insight* que en parte era defensivo (Etchegoyen, 1960), pero simultáneamente apareció la envidia en forma de mecanismo repetido inconcientemente como actuación que se satisface a través de la acción (material) contenida en las palabras (Álvarez de Toledo, 1956).

Es decir, la negación se deshizo en parte, como mecanismo maníaco, pero se mantuvo también en parte dentro de la repetición (actuación) como mecanismo psicopático. En el mismo comienzo de esta sesión, ya se hacía evidente que el cuadro somático estaba volviendo a adquirir una representación psicológica, y al día siguiente, en efecto, habían mejorado sus síntomas hepáticos casi por completo. Para esta evolución intervinieron a mi juicio, y además de la repetición en el presente de un ciclo pasado, tres mecanismos:

- 1) el haberse deshecho en parte, y por el incremento de la frustración, la disociación que, manteniendo la conversación, evitaba la representación psicológica correspondiente a estos afectos;
- 2) la descarga material (catarsis) a través de la acción envidiosa inconciente (durante la sesión) de las emociones ligadas a estas representaciones;
- 3) mis interpretaciones durante la sesión, y por un doble mecanismo: a) el enriquecimiento del *insight*; b) la constatación de mi subsistencia material a pesar de sus ataques envidiosos (su ansiedad depresiva inconciente era aquí el equivalente de su anterior ansiedad hipocondríaca).

Si consideramos los puntos primero y segundo *unidos* al tercer aspecto, que es el único realmente mutativo, debemos a mi juicio tener en cuenta que, aun incluyendo su actuación envidiosa, fueron también útiles. (El tercer aspecto es sólo específicamente psicoanalítico en lo que respecta a su primera parte, la interpretación, puesto que la constatación de la subsistencia material del objeto ocurre también fuera del contexto analítico.)

Estamos aplicando ahora el psicoanálisis para comprender lo que ocurrió entre mi paciente y yo en relación con este episodio, pero quedaría muy incompleta esta comprensión si omitiéramos el considerar todo ese episodio como la repetición, en lo que fue el presente transferencial, de una situación pasada cuyas características básicas es útil tratar de delinear. Podemos a mi juicio esquematizarla diciendo que es una situación en la cual hay un déficit relativo entre la presencia material de un objeto que debe absorber las necesidades instintivas (tanto ideales como materiales), y el monto de esa necesidad interna que no puede ser satisfecha autoeróticamente (manejando su propio coche). (En un trabajo anterior –Chiozza, 1963a– he procurado comprender de esta manera las llamadas ictericias fisiológicas del recién nacido, que quedarían así vinculadas al corte del cordón umbilical y al trauma del nacimiento, por cuanto pienso que el hígado representa, en un estadio anterior a lo oral, el órgano que queda más directamente asociado a la introyección de alimento. Esta vinculación con el mecanismo psicológico supuesto en la ictericia del recién nacido, añadiría otro elemento más a la comprensión, en el caso que nos sirve de ejemplo, de los motivos que determinaron la elección del órgano.) La situación básica considerada se repetiría, o se re-editaría, acompañada de las mismas defensas que fueron utilizadas en su origen, o sea la negación de los aspectos materialmente dañados del *self*, que quedan, por tratarse

de una situación muy primitiva, asociados a lo corporal, y configurarían lo que hemos llamado una manía masoquista acompañada por una ansiedad hipocondríaca encubierta dentro de esa manía.

Si podemos llegar a pensar en la existencia de un estadio de organización libidinosa anterior a lo oral (hepático) (Chiozza, 1963a), podemos hablar entonces de un protoesquema corporal hepático, a partir del cual se configuraría la hipocondría, cuyo nombre señala el lugar del hígado (que, como sabemos, ocupa en el feto los dos hipocondrios). Volviendo al material que estamos considerando, diré que en mi contratransferencia predominaba la culpa, que me invadía de una manera sorpresiva y me dejaba paralizado. Mi primer intento interpretativo, inmediatamente posterior al material transcrito anteriormente, consistió en decirle que necesitaba colocar en mí una culpa tremenda. El sentimiento de culpa es utilizado aquí como una partícula, como un medio para lograr un efecto sobre mí.

Me parece apropiado este material para ejemplificar el uso de la identificación proyectiva como un mecanismo que se ejercita a través de la acción contenida en las palabras, y mediante la cual la paciente procuraba evitar la introyección de aquello que, aun siendo valioso, la exponía al re-sentimiento de una carencia insoportable, debido a que estimulaba la repetición de sus traumas anteriores. La cualidad venenosa en *la acción de envidiar* no surge claramente en este trozo de material, tal vez porque parte de esa carga específica continúa retenida en el órgano. La encontramos sin embargo frecuentemente (Chiozza, 1963b, pág. 102<sup>5</sup>) como un ataque venenoso que puede detectarse muy precozmente a través del sentimiento contratransferencial de amargura. Este ataque suele ser solapado y paulatino, actuando por acumulación, como la acción de Yago sobre Otelo, acción que debe corresponder seguramente al contenido latente del veneno en la oreja con el cual fue asesinado el padre de Hamlet.

---

<sup>5</sup> {Corresponde al apartado “Incremento de la capacidad para envidiar”, del capítulo IV de la primera parte de *Cuando la envidia es esperanza* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II.}



---

**LA ENVIDIA COMO UNA FANTASÍA  
HEPÁTICA Y SUS RELACIONES CON  
LA MANÍA Y LA PSICOPATÍA [II]**

---

(1966 [1964])

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1966a [1964]) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [II].**

## Ediciones en castellano

Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 96-105.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Este artículo retoma parcialmente algunos fragmentos de “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [I] (Chiozza, 1964a).

## 1. La envidia como una fantasía hepática

Comenzaremos por definir qué entendemos por *fantasías hepáticas*. Además intentaremos mostrar simultáneamente la posibilidad teórica de emplear este concepto, y luego cómo su uso enriquece en algunos aspectos nuestra comprensión psicoanalítica de la envidia.

Freud ha postulado que “todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación del instinto sexual” (Freud, 1924c, pág. 1025). Constituye así una zona erógena, la cual es tanto fuente de excitación como agente de una descarga placentera. También el mismo Freud ha formulado explícitamente que pueden funcionar como zonas erógenas “en realidad todos y cada uno de los órganos” (Freud, 1905d, pág. 818).

Podemos pensar entonces que cualquier órgano o parte del cuerpo crea mediante su funcionamiento o recibe (de los demás órganos o del objeto externo) cargas o potenciales energéticos, y que a la vez es más o menos capaz de descargar esos potenciales en el objeto externo o en otra parte del cuerpo. Cuando el proceso es “algo importante”, la excitación creada invade los órganos vecinos y contribuye de esta manera con potenciales *propios* a la excitación general, excitación que puede acumularse constituyendo así una parte del instinto sexual. Citaremos nuevamente a Freud cuando afirma: “...la excitación sexual nace, como efecto secundario, en toda una serie de procesos internos en cuanto la intensidad de los mismos sobrepasa determinados límites cuantitativos” (Freud, 1924c, pág. 1025).

En esto podemos ver la base del concepto de primacía en las sucesivas fases del desarrollo, la cual depende de la mayor o menor importancia relativa de las distintas funciones corporales o yoicas, funciones que pueden

ser tanto *erotógenas* (por ejemplo en el momento de su primacía) como *erotizadas* (por ejemplo en el momento de otras primacías)<sup>6</sup>.

Por componentes *propios* de cada órgano creo que deberíamos entender: cargas que mantienen adheridas (en forma de representaciones o fantasías) cualidades específicas emanadas de los órganos que les dieron origen. Freud lo afirma explícitamente cuando dice: "...muchas veces pueden ser deducidas éstas [se refiere a las distintas fuentes del instinto] del examen de los fines del instinto", y más adelante: "Las diferencias que presentan las funciones psíquicas de los diversos instintos pueden atribuirse a la diversidad de las fuentes de estos últimos" (Freud, 1915c, págs. 1037 y 1037-1038).

Podemos pues, teóricamente, y aunque no pudiéramos describir y verbalizar la especificidad de sus contenidos, hablar de *fantasías hepáticas* tal como hablamos, por ejemplo, de fantasías orales, uretrales, oral-digestivas, visuales, etc., que pueden erotizar otros órganos. En ellas la carga, sea de objeto externo o de una parte del propio cuerpo, contiene unida una fantasía original que corresponde al órgano fuente.

<sup>6</sup> Este "desplazamiento tópico" en el "aquí y ahora" de las primacías funcionales equivale en el presente atemporal a los conceptos de fijación y regresión que, siendo temporales, permiten consideraciones histórico-genéticas. Desarrollando los anteriores conceptos de Freud, podríamos pensar que la carga de los instintos de autoconservación, o sea el interés, adquiere el nombre de libido, y constituye parte de los potenciales instintivos sexuales, en el mismo momento en que ya no se descarga en el funcionamiento del órgano que le da origen e invade las estructuras corporales vecinas (erotización). Dicho en otras palabras: la energía del instinto sexual emanada primariamente y como carga original (propia) de los órganos reproductores, se enriquece mediante las cargas de interés emanadas de las funciones yoicas. Inversamente, las cargas sexuales que invaden y erotizan las funciones yoicas se descargan mediante los actos del yo que tienden a su conservación y *crecimiento* sin que sea posible distinguirlas de las cargas del instinto de autoconservación. (El crecimiento, como producto de la *reproducción* celular, correspondería así a una fase "narcisista" de aquello que luego será la genitalidad, como si se tratara de un nexo o "pasaje" en el cual confluyen o se fusionan el interés y la libido narcisista.) Por fin cabría suponer que aquellas cargas eróticas que no logran ligarse a través de un crecimiento armónico, o descargarse a través de la capacidad efectora del yo y se acumulan más allá de un cierto límite, constituyen los potenciales del instinto de muerte y actúan como un tóxico *tanatizando* los órganos que han sido su fuente o las estructuras corporales vecinas. En determinadas condiciones de la economía tánato-libidinosa, estas cargas del instinto de muerte podrían nuevamente transferirse a los instintos sexuales, si nos atenemos a las siguientes palabras de Freud: "...también la excitación provocada por el dolor y el displacer ha de tener una tal consecuencia" (aportar algún componente a la excitación del instinto sexual) (Freud, 1924c, pág. 1025).

En trabajos anteriores (Chiozza, 1963*b*, 1963*a*), partiendo del estudio psicoanalítico de aquellos trastornos que se manifiestan predominantemente como una alteración corporal hepatobiliar, he tratado de descubrir y verbalizar el contenido específico de las fantasías hepáticas. El estudio etimológico o semántico de algunas palabras, y el análisis del contenido latente en algunos usos o expresiones del lenguaje habitual, revelan que los matices propios que constituyen las fantasías hepáticas adquieren un grado tal de importancia como para permitirnos sospechar que puedan haber llegado a constituir en algún momento *fines específicamente hepáticos* del instinto sexual; lo cual indicaría que tales fantasías han llegado a obtener en ese momento una primacía, frente a las correspondientes a las otras funciones yoicas, en su aporte a la excitación general del instinto. (En otro lugar –Chiozza, 1963*a*– he expresado razones distintas que me han permitido llegar a la misma conclusión por otro camino.)

Expondremos resumidamente algunos ejemplos: la palabra “melancolía” deriva de *melanos-colía* (Corominas, 1961), que significa “bilis negra”. Por lo tanto, una enfermedad mental muy importante queda referida por su nombre a una determinada alteración del funcionamiento hepático. Freud ha llamado a este tipo de expresión “lenguaje hipocondríaco” o “lenguaje de los órganos”, y afirma que en estos casos “la relación del contenido con un órgano del soma llega a arrogarse la representación de dicho contenido en su totalidad” (Freud, 1915*e*, pág. 1065). De acuerdo con esto, si en la designación de la melancolía se utiliza desde antiguo una palabra que señala una alteración hepática, es porque el contenido de tal enfermedad mental se halla en relación con ese órgano del soma. Consideraciones semejantes son válidas para la palabra “hipocondría”.

Prosiguiendo este mismo tipo de investigaciones se observa que, de la misma manera como lo ácido y lo agrio quedan vinculados a lo gástrico a través del jugo digestivo, *lo venenoso y lo amargo quedan vinculados a lo hepático a través de la bilis*. La palabra “amarillo” deriva, mediante el diminutivo *amarellus*, del latín *amarus*, que significa amargo; se cree que “amarilla” fue “probablemente aplicado a la palidez de los que padecían de ictericia, por ser una enfermedad causada por un trastorno de la secreción de la bilis o humor amargo” (Corominas, 1961). La circunstancia de que algo tan fundamental en el mundo de las categorías sensoriales como el color amarillo, que es uno de los tres colores primarios, haya adquirido su denominación a partir de una enfermedad hepática, invita a meditar.

La envidia y los celos quedan muy frecuentemente asociados en el lenguaje a los colores amarillo y verde y a la ictericia. En inglés, por ejemplo, se utiliza una misma palabra *jaundice*, que deriva del francés *jaune* (amarillo),

para denominar la ictericia y para referirse a un estado mental patológico caracterizado por celos, envidia, malicia y suspicacia (Hornby, Gatenby y Wakefield, 1960). Otro ejemplo podemos extraerlo de un caso clínico aportado por Freud: se trata del caso de un hombre que “sufría extraordinariamente en sus ataques de celos y... que describía su estado diciendo sentirse como Prometeo encadenado y entregado a la voracidad de los buitres, o arrojado a un nido de serpientes...” (Freud, 1922*b* [1921], pág. 1018); sabemos que aquello que los buitres devoraban a Prometeo era precisamente el hígado.

La fundamental intervención de las fantasías hepáticas en la envidia y los celos podría demostrarse con múltiples ejemplos; solamente agregaré uno especialmente significativo. En la obra de Fernand Crommelynck (1920) *El estupendo cornudo*, el personaje central, Bruno, presa de los celos dice “el color es terroso, la bilis me ahoga” (Crommelynck, 1920, pág. 47) y más adelante: “...todo recae sobre el hígado”; luego, cuando “ya no le caben dudas de la traición”, manifiesta: “todos los conductillos hepáticos están tapados” (pág. 75)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Es un hallazgo continuamente comprobado el que los celos y envidia aparezcan íntimamente ligados en la fantasía inconciente. M. Klein (1957*a*, pág. 114) presenta a los celos como un afecto que se desarrolla a partir de la envidia y que aparece en cuanto la relación bipersonal madre-hijo (boca-pecho) pasa a estructurarse en la relación edípica triangular. Si pensamos en la afirmación de Freud (1923*b*) cuando, refiriéndose a los orígenes del ideal del yo, expresa que la primera y más duradera identificación ocurre con ambos padres y es directa e inmediata, anterior a toda catexis de objeto; y si aceptamos una representación o existencia interna, heredada, de la pareja paternal (Rascovsky, 1960; Cesio, 1964) tal como se desprende de las anteriores palabras de Freud (Cesio y colab., 1964*b*), podemos concluir que la situación triangular, edípica, necesaria para la aparición de los celos, ya se halla contenida en el psiquismo desde el primer momento.

Al lado de estas consideraciones dinámico-estructurales acerca de los celos, podemos hacer otras de tipo económico. La palabra “celo”, derivada del latín *zelus* (ardor) y del griego *zeo* que significa “yo hiervo” (Corominas, 1961), nos permite establecer una conexión entre los celos y la frustración instintiva, que queda de esta manera asociada al fuego como representante de los instintos y también a la interpretación que hemos hecho del mito de Prometeo en otro trabajo (Chiozza, 1963*a*) {véase el capítulo II, “El significado del hígado en el mito de Prometeo”, de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970*a*), OC, t. I}. Este contenido económico de los celos aparece asimismo cuando se habla, refiriéndose a ciertos animales, de una época de celo.

Si tenemos en cuenta las consideraciones (expuestas en la nota anterior) acerca de un “intercambio funcional” de las cargas entre los instintos, podríamos pensar que la envidia representa predominantemente un caso particular en el ejercicio de los intereses del yo, mientras que los celos corresponden a una erotización de

Otros autores, y especialmente M. Klein (1957a), han señalado a la envidia como una fantasía oral destructiva fundamentalmente conectada con la proyección y con la mirada; tal conexión surge claramente en el mismo estudio etimológico de la palabra “envidia” (Klein, 1957a). Abraham (citado por M. Klein, 1960) subrayó además la importancia de los componentes anales. Sin embargo, basándome en las precedentes consideraciones y en las que expuse en un trabajo anterior (Chiozza, 1963b), pienso que sin la fundamental intervención de las fantasías hepáticas, los mecanismos proyectivos visuales, anales o uretrales, relacionados con afectos e impulsos orales, no adquieren la cualidad específica que los transforma en envidia. Dicho en otras palabras: si los trastornos hepatobiliares se “arrogan la representación” en la mente (o en el cuerpo) de la alteración de los impulsos, mecanismos o afectos englobados en la envidia (o en los celos), es porque el contenido de la envidia (y de los celos) se halla en una relación primordial y estrecha con esos procesos psicocorpóreos que hemos llamado genéricamente fantasías hepáticas.

El aspecto corporal de estos procesos puede ser estudiado como un lenguaje que traduce el funcionamiento anímico correspondiente, tal como ha hecho el psicoanálisis con las fantasías orales, anales y genitales. La bilis o hiel es un humor amargo que, excretado y segregado en el hígado, fluye a través de las vías biliares y en parte se acumula y condensa en la vesícula. Debemos pensar entonces en un mecanismo psicocorpóreo de “expulsión” venenosa anterior a lo anal que puede ser usado como envidia o que *ya es* envidia, y que debe mantener relaciones muy precoces con las fantasías renales. Estas últimas fantasías estarán quizás más específicamente asociadas a la cualidad de veneno que las propias fantasías hepáticas. También debemos pensar en un mecanismo de retención, de estasis y de acumulación de veneno.

Sabemos además que la bilis “prepara” los alimentos e interviene activamente en un tipo de digestión que podemos considerar todavía “externa”, ya que no se realiza en la intimidad de los tejidos, sino en la luz intestinal. De acuerdo con lo que acabamos de decir, el envidiar debería incluir un modo de funcionamiento mental, en principio normal, que consiste en desmenuzar o analizar un objeto “afuera”, o sea, antes de incorporarlo. Mantengo el nombre de envidia para este aspecto sano de aquello que se ha descripto como un impulso destructivo perjudicial, por dos motivos: 1) porque creo que se trata de *un mismo* mecanismo que es utilizado de una

---

este proceso que puede también tanatizarse. Esto nos permitiría comprender que la misma palabra “celo”, utilizada para dominar un afecto destructivo, los celos (celotipia), posea en su primera acepción (Real Academia Española, 1950) el significado de un “impulso íntimo que promueve a las buenas obras”.

manera e intensidad diferentes en la salud y en la enfermedad según un contexto que, en parte, es producto de un pasado heredado y adquirido; 2) porque, en castellano por lo menos, el término “envidia”, lo mismo que el verbo “envidiar”, mantienen, al lado de aquella que destacamos en psicoanálisis, una connotación positiva que aparece en el diccionario definida como “deseo honesto” o “apetito de lo lícito”.

## 2. Relaciones de la envidia con la manía y la psicopatía<sup>8</sup>

M. Klein y su escuela han descripto relaciones muy importantes que posee la envidia con la manía y la psicopatía. Ha quedado establecido, por ejemplo, que la envidia es un sentimiento que puede ser negado en la manía, o un impulso que puede librarse el camino hacia la acción en la psicopatía. Nos centraremos aquí en otro aspecto de la cuestión, que aportará quizás un elemento más a la comprensión de estas relaciones. Si pensamos que el componente hepático añade la cualidad específica que transforma en envidia a una fantasía visual proyectiva, la envidia, como fantasía hepática, además de ser un sentimiento y un impulso, es un mecanismo que queda unido a la idea de un componente de acción venenosa y digestiva en la identificación proyectiva, configurando un caso particular, o modalidad<sup>9</sup>, de identificación proyectiva.

En la manía ha sido señalada una identificación con lo ideal que constituye un sometimiento masoquista a un superyó muy primitivo (Garma, 1944; Chiozza, 1963*b*). Podemos considerar, de acuerdo con otros trabajos (Garma, 1944; Chiozza, 1963*b*), que tal identificación se realiza a expensas de la negación de un aspecto vinculado a la realización material del instinto sobre el objeto externo. Esta negación incluye, según lo ha afirmado Garma (1944), un trozo del ello, del mundo externo y del yo. El *self* resultaría así dañado, y este daño proporcionaría, a mi juicio, la base para una situación hipocondríaca encubierta en toda situación maníaca (Chiozza, 1963*b*). Por otro lado, ha sido caracterizada la manía como una posición normal en una época del desarrollo individual (Klein, 1934; Rascovsky, 1962) y que correspondería a una identificación armónica entre el ello y el yo fetales (Rascovsky, 1962). En un trabajo anterior (Chiozza, 1963*a*) esboqué la hipótesis de que la identificación maníaca con un mismo contenido (sea del ello o de un protosuperyó visual-ideal) puede ser masoquista o “narcisista” según

<sup>8</sup> {Este apartado reproduce el apartado con el mismo título del artículo anterior de este tomo.}

<sup>9</sup> Comunicación personal de León Grinberg.

predomine Tánatos o Eros en la fusión de los instintos, y que esto depende de la capacidad hepática del yo para poder integrar o ligar materialmente los mencionados impulsos instintivos. La envidia, en su carácter de fantasía hepática digestiva, quedaría vinculada a esta capacidad del yo que le permite, mediante la destrucción de la sustancia orgánica, procurarse los materiales necesarios para ligar la excitación que exige ser integrada en crecimiento.

Liberman (1959, 1962), apoyándose en el concepto de “depresión tensa” creado por Rado, y en el de “personalidad de acción” descrito por Ruesch, amplió el concepto de psicopatía a todas las llamadas impulsiones neuróticas, entre las cuales incluye la adicción, y afirma que constituyen un intento defensivo frente a una situación básica caracterizada como aburrimiento. En mis trabajos anteriores (Chiozza, 1963*b*, 1963*a*), prosiguiendo los estudios de Cesio sobre el letargo (Cesio, 1960*a* y 1960*b*), sostuve la hipótesis de que el aburrimiento esconde una situación de horror ligada a la identificación masoquista con los contenidos ideales. Esta situación básica del aburrimiento o letargo constituiría, pues, un factor común a la manía y a la psicopatía.

En la manía, el yo se proyecta endopsíquicamente de una manera masiva y junto con las catexis de que dispone, como ocurre con la transferencia del yo ideal hacia el objeto externo en el enamoramiento (Freud, 1914*c*). Freud (1927*d*), en su trabajo “El humor”, describe este proceso como un “traslado del acento psíquico hacia el superyó”. El yo recibe así el impacto de la catexis del superyó o ideal del yo. En cambio, en la psicopatía lo esencial parecería consistir en que la excitación peligrosa para el yo, que suele manifestarse como fastidio o aburrimiento, se deriva hacia su acción sobre el objeto externo, que resulta por eso utilizado desconsideradamente. La negación, que durante la manía masoquista se ejercitaría sobre las ansiedades hipocondríacas ligadas al daño experimentado en el propio yo, pasaría en la psicopatía a ser utilizada para disociar las ansiedades depresivas y paranoides (taliónicas) frente al objeto externo, que ha quedado cargado con parte del contenido superyoico.

Resumiendo: *La envidia como fantasía hepática digestiva configura un tipo particular de identificación proyectiva, cuya energía puede ser utilizada tanto en la actividad normal como en la actuación psicopática. Durante la manía, en aquellos casos en que la negación y la omnipotencia son utilizados para encubrir un sometimiento masoquista al ideal, este mecanismo suele hallarse perturbado, inhibido en su dirección hacia el objeto (interno o externo), y transformado en un sentimiento de amargura, negado y disociado, que equivale al fracaso, a la vuelta destructiva de la envidia sobre el propio organismo.*

### 3. Exposición del tema a través de dos pacientes

Un comentario acerca de dos pacientes que llamaremos A y B puede ayudarnos a aclarar parte de lo expuesto hasta aquí<sup>10</sup>.

La señora A, de 30 años de edad, contaba entre sus antecedentes trastornos hepáticos y cólicos atribuidos a su vesícula biliar. Hacía frecuentes referencias, en el material manifiesto, a malestares hepáticos propios y ajenos. En un tratamiento psicoterapéutico anterior había manifestado una conducta francamente psicopática a través de un *acting out* bastante serio en ocasión de las vacaciones de su psicoterapeuta. Ya en las primeras semanas de tratamiento aparecieron como contenidos subyacentes hastío, fastidio y aburrimiento, vinculados a una angustia intensa y a fantasías de muerte.

Transcurridos seis meses de tratamiento, en una de las sesiones me manifestó que mis interpretaciones eran recibidas en ese momento como algo muy gratificante, que la enriquecía aliviándola y le permitía comprender, mejor que nunca, el sentido del tratamiento psicoanalítico. La sesión posterior a ésta había sido suspendida previamente por tratarse de un día feriado. En la sesión siguiente me demoré cinco minutos en atenderla y entré pálida de rabia, me expresé, con una violencia que yo no le conocía, que estuvo a punto de mandarme “a la mierda” e irse dejándome plantado, y que no podía aguantar esperando mientras yo estaba con otra persona, “un boludo”, ocupando su hora. Me dijo además que se había levantado de la cama para venir a verme, que había estado enferma con una colecistitis, cólicos y fiebre, que su vesícula se veía “a flor de piel” y que el médico le había prescrito tres días de cama por miedo de que le sobreviniera una ictericia.

En mi contratransferencia predominaban los sentimientos de culpa que me invadían de una manera sorpresiva y me dejaban paralizado. Luego de esa sesión y la siguiente, en las cuales quizás lo básico en mis interpretaciones consistió en hacerle conciente cómo me atacaba intentando llenarme de culpa y cómo mi interpretación era vivida como un contrarproche, desapareció la expresión corporal de sus trastornos y aparecieron nuevamente, y con mayor intensidad en la transferencia y en la contratransferencia, el fastidio, el aburrimiento y el letargo.

<sup>10</sup> { Los dos casos que se presentan, señoras A y B, han sido incluidos en “Dos ejemplos extraídos de la práctica analítica”, tercer apartado del capítulo I de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I. Asimismo, sobre la señora A se expone en el artículo anterior en este tomo, y la señora B es la paciente llamada Mary, cuyo caso se relata en *Cuando la envidia es esperanza* (Chiozza, 1998a [1963-1984]). Para una lectura completa del historial, véase OC, t. II. }

La señora B, de 45 años de edad, padecía una colitis diagnosticada como amebásica que no mejoraba con los medicamentos y regímenes prescriptos. Llegó a tener de esta manera hasta doce deposiciones diarias.

En los primeros meses de su tratamiento psicoanalítico, debido en parte a la depositación transferencial de sus imagos y en parte al análisis de sus mecanismos de idealización, la expresión corporal de sus trastornos mejoró y fue sustituida por fantasías hipocondríacas.

Alternaban sesiones en donde predominaban sentimientos y mecanismos maníacos con otras en donde lo que predominaba era la hipocondría. Paulatinamente, y en lugar de la hipocondría, aparecieron, alternando con la manía, el fastidio, el aburrimiento y el letargo. El análisis de estos síntomas mostró la existencia de intensos celos y envidia inconcientes negados y disociados durante la fase maníaca.

Durante el segundo año de tratamiento, de mutuo acuerdo y por haberse yo solicitado, adelantamos en diez minutos el horario de una de sus sesiones. Comienza entonces la primera de ellas fastidiada y quejándose por lo inadecuado e inútil de mis interpretaciones. Esta queja es venenosa, algo así como una mezcla de ironía y amargura. Me ataca también y me desprecia con un silencio que me deja incómodo y en el cual se evade de la sesión ensimismada en sus propios pensamientos hasta el punto de sobresaltarse cuando le hablo. Cuando le hago conciente el ataque, los celos y la furia que se evidencian en sus comentarios venenosos y amargos, aparecen nuevamente contenidos letárgicos, y cuando insisto interpretándole que desea y necesita colocar en mí sus celos y amargura, se suaviza su ataque y me cuenta que padeció en su oficina dolores hepáticos y náuseas, pero que mejoró al saber que ella “hacía tanta falta”.

Para comparar ambos casos e ilustrar el tema que nos ocupa, nos basaremos en un esquema referencial que nos vemos forzados a resumir de una manera parcial y rudimentaria.

Como consecuencia de la regresión que ocurre durante el tratamiento, y el consiguiente predominio de los contenidos más precoces en la transferencia, en ambos casos, el A y el B, se reedita en la transferencia el amor por el objeto idealizado, que contiene al yo ideal de la paciente, y se reedita también la dolorosa frustración que acompañó originalmente a la pérdida de la omnipotencia narcisista, y que quedó transformada en celos y envidia en el vínculo con ese objeto idealizado.

Habría podido ocurrir que mediante la identificación maníaca con el analista idealizado se regresara a la situación narcisista primitiva, evitando los sentimientos de celos y envidia y negando la frustración ligada a esa situación maníaca. Esto ocurrió, por ejemplo, en el caso de B durante la colitis y durante

la época de las fantasías hipocondríacas. Tal situación maníaca, que podemos comparar a la gratificación alucinatoria, podría quizás llamarse “narcisista” o masoquista según predomine Eros o Tánatos en la fusión instintiva.

Pero en el momento presente, lo que ocurrió en ambos casos fue que la omnipotencia y la negación maníacas se expresaron predominantemente *sin regresar hacia la identificación*, en el mismo nivel del vínculo con el objeto idealizado, mediante la posesión omnipotente de ese objeto que contiene al propio yo ideal, y recurriendo a la negación de los celos y la envidia que son la expresión de un fracaso en ese tipo de posesión. Aquí, una relación de objeto predominantemente endopsíquica y de carácter omnipotente ha sustituido en parte al mecanismo más primitivo de la identificación. Tanto en el caso A como en el B, los celos negados y disociados se expresaron a través de la fantasía y trastornos hepáticos.

Debido a que la frustración negada llegó a ser económicamente insostenible, tal como ocurre con el lactante que alucina el pecho, se reeditaron en la transferencia, más o menos modificados, los mecanismos que en el pasado fueron utilizados para sobrevivir en tal situación de frustración.

En ambos casos, y gracias a la negación omnipotente de la dependencia y de los sentimientos de amor hacia el objeto analista, se realizó, intentando derivar los impulsos autodestructivos, un ataque más o menos desconsiderado hacia ese objeto. Esto podría corresponder a una forma clínica psicopática de la manía.

Podemos señalar algunas diferencias importantes entre los casos A y B en cuanto a la naturaleza de este ataque. La señora A nos muestra una descarga violenta, como si fuera el equivalente de un cólico vesicular o intestinal, impulsada por los celos y la envidia. En este ataque participan otros mecanismos además de la envidia, por ejemplo mecanismos anales (me manda “a la mierda”), y el sentimiento de culpa es utilizado aquí como una partícula que proyecta enérgicamente sobre mí. En cambio la señora B, también impulsada por los celos y la envidia, me ataca de una manera más insidiosa; si bien participan en este ataque mecanismos oral-digestivos que lo tornan mordaz y ácido, y tal vez fantasías renales que incrementan su contenido venenoso, el carácter general está dado en él por la cualidad amarga y venenosa que impregna la transferencia y contratransferencia, y que nos parece el distintivo más específico de las fantasías hepáticas. Así, insidiosamente —“yo este veneno verteré en su odio” (Shakespeare, *Otelo*, pág. 96)—, actúa Yago sobre Otelo.

---

**FUNDAMENTOS Y PROPÓSITOS DEL  
CIMP (CENTRO DE INVESTIGACIÓN  
EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA)**

---

(1968)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1968a) “Fundamentos y propósitos del CIMP (Centro de Investigación en Medicina Psicosomática)”.**

## **Primera edición en castellano**

*Periódico Informativo*, año 1, N° 1, CIMP, Buenos Aires, 1968, pág. 1-3.

El contenido de este artículo se incluyó parcialmente en “Los cambios en la noción de enfermedad” (Chiozza, 1976b [1968-1969-1970]), publicado en este mismo tomo, y en el capítulo III, apartado 1.b, de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.

El hombre enfermo despierta en la mente de cuantos nos acercamos a él multitud de interrogantes. Al mismo tiempo nos ilumina desde un ángulo completamente original e insustituible al hombre mismo, como si en ocasión de esa íntima fractura que llamamos enfermedad tuviéramos oportunidad de penetrar un poco más en el conocimiento de la configuración y la sustancia que lo constituyen.

La enfermedad como una transformación de aquello que ocupa un lugar en el espacio y que llamamos materia constituye un trastorno de la forma y la función, un trastorno físico, químico, anatómico, fisiológico; todas estas son categorías que englobamos cuando decimos síntoma orgánico o somático.

La enfermedad como padecimiento (*pathos*), como molestia, conforma inevitablemente un acontecimiento psicológico y, ya que puede ser comunicable, transferible, capaz de despertar afectos y cambios en el otro, constituye además un acontecimiento social.

Este acontecimiento, la enfermedad, en cuanto se desarrolla en el tiempo, constituye también una historia, que adquiere un nuevo y más rico sentido en la medida en que se la considera como un trozo inseparable de la biografía de un sujeto y su contorno familiar y social.

Pero los hechos que percibimos son en el fondo un resultado code-terminado por la teoría con la cual encaramos al objeto que procuramos conocer. Materia e historia, por ejemplo, son interpretaciones de un mundo al cual nos acercamos con las nociones predeterminadas de espacio y de tiempo; sin estas últimas nociones es imposible definir aquéllas. La solución de un problema, de un experimento, la respuesta, se halla inevitablemente condicionada por la manera de plantearlo, por el modo específico en que se formula la pregunta.

Así la patología, la ciencia que teoriza procurando sistematizar en conceptos discriminados el suceso que llamamos enfermedad, considera hoy como una tarea imprescindible, con miras a constituirse en fundamento de una práctica clínica más eficaz, el intento de sintetizar en un cuerpo de teoría los diversos aspectos de ese acontecimiento complejo, la enfermedad. Mientras tanto se ve simultáneamente forzada a nutrirse de datos heterogéneos, de “hechos” y de teorías etiológicas surgidos de la experiencia orientada por un enfoque que comenzó por ser mágico-espiritualista, luego físico-químico o anátomo-fisiológico y por fin psicológico-social.

Prácticamente a partir de la figura gigantesca de Freud, y a pesar de las dificultades mencionadas, fue surgiendo una nueva orientación en patología que se extendió a través de diversas escuelas sin conseguir todavía adquirir un nombre que conforme adecuadamente a sus propios cultores. Tal vez lo esencial de la tesis que las vincula consiste en la consideración del sujeto enfermo en ese intento que constituye una nueva orientación en la sistematización teórica que llamamos patología. Así, más que la pretensión de abarcar el todo del hombre enfermo en un único campo, adquirimos conciencia de que ese todo indivisible es siempre algo más que la simple suma de aquellas partes que logramos enfocar desde distintos ángulos o métodos de investigación. Adquirimos también una mayor conciencia de la inevitable limitación que contiene cualquier estudio que puede emprender el hombre acerca de la humana enfermedad, y esto comienza a traducirse en una mayor amplitud de enfoques destinada a lograr una mayor eficacia terapéutica.

Desde el campo psicoanalítico por un lado, y desde la medicina clásica por el otro, han confluído dos importantes corrientes que contribuyen a enriquecer el nuevo enfoque de la patología, y que se han nutrido también, en mayor o menor grado, en los aportes de otras ciencias. La primera adquiere en los EE.UU. el discutido nombre de *medicina psicosomática*, y ha recibido la fecunda y fundamental contribución de la escuela psicoanalítica argentina. La segunda, con el nombre no menos insatisfactorio de *medicina antropológica*, se desarrolló especialmente a partir de la escuela alemana de Heidelberg, profundamente influida por las ideas de Freud.

La medicina psicosomática, cuyo nombre no sólo presenta el inconveniente de perpetuar la disociación entre psiquis y soma, sino que mantiene los antiguos conceptos de cuerpo y alma surgidos precisamente de esa disociación, constituye sin embargo el campo de conocimientos que ha aportado una mayor profundidad psicoanalítica a la nueva orientación de la patología y una mejor estudiada casuística.

La medicina antropológica, cuyo nombre resulta insatisfactorio en la opinión de sus propios cultores, en la medida en que desplaza el acento hacia

una esfera lógica del saber y hacia un objeto humano, que constituyen solamente una parte del conocimiento que puede adquirirse acerca del hombre enfermo, ha brindado, por otro lado, no sólo la intención de un enfoque más amplio y multilateral, sino la tesis explícita y rotunda de que, así como todo lo psíquico posee una coexistencia corporal, todo lo corporal (y no sólo la enfermedad, cualquier enfermedad, sino también la forma, la función y el desarrollo) posee inevitablemente (como lo ha demostrado el psicoanálisis en algunos casos) un sentido, una manera significativa en función de la interioridad del ser vivo, y configura una forma a través de la cual el sujeto se expresa, un modo de lenguaje, que Freud nos enseñó a descifrar.

Como un intento de reunir en nuestro medio a todos aquellos que desde sus diferentes campos deseen contribuir con su esfuerzo a enriquecer nuestro conocimiento del hombre enfermo, intercambiando ideas, presentando trabajos, integrando equipos de investigación, aportando su experiencia o su curiosidad, su manera de saber o de entender, nació el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática entre nosotros a mediados de agosto de 1967<sup>11</sup>.

Elegimos el nombre de medicina psicosomática porque, a pesar de los inconvenientes apuntados, entendemos que constituye la expresión más consagrada por el uso, y aquella que demuestra una mayor difusión en nuestro medio estrechamente vinculado con el psicoanálisis.

Es también nuestro propósito que este *Periódico Informativo* constituya el núcleo de una futura *Revista Latinoamericana de Medicina Psicosomática* que reúna en sus páginas las contribuciones nacionales y extranjeras más significativas acerca del tema que nos agrupa.

---

<sup>11</sup> {Conservando la sigla, el Centro pasó a llamarse Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática en 1976. Para leer una historia de la creación de este Centro, véase “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica” (Chiozza, 1995K), OC, t. VI.}



---

**ESPECULACIONES SOBRE UNA CUARTA  
DIMENSIÓN EN MEDICINA**

---

(1970 [1968])

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1970m [1968]) “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”.**

## Ediciones en castellano

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 503-523, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 159-175.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 403-425.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-73.

## Traducción al italiano

“Speculazioni su una quarta dimensione in medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 233-254.

El texto de este artículo pertenece a un trabajo presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, en octubre de 1968.

...me consuelo (no me cabe otro remedio) con unas palabras (muy queridas también por Freud) del sabio poeta alemán Ruckert, quien dice: “Lo que no se puede alcanzar volando debe tratarse de conseguir rengueando”.

Las Escrituras dicen que no es pecado renguear.

ENRIQUE RACKER (1957a)

## **La palabra “especulación”**

Parece necesario comenzar por revalorizar la palabra “especulación”, ya que suele utilizársela en un sentido opuesto al de conocimiento científico. Este último sólo surgiría de los hechos comprobados. Tal oposición constituye un error lamentable que suele conducir al pensamiento científico hacia la esterilidad. Muchos autores han señalado que los hechos no constituyen la ciencia, sino que éstos son articulados y seleccionados mediante esa actividad del pensamiento que denominamos teoría. La palabra “especulación”, lo mismo que la palabra “reflexión”, significa en su origen rodear al objeto de “espejos” que permitan contemplarlo desde el mayor número de ángulos posibles.

Es de esperar que el lector encuentre en estas especulaciones algo más que un ejercicio intelectual “vacío”. Mi deseo es lograr que puedan ser consideradas como el producto de una experiencia que, aunque confusa y oscura todavía, constituye una vivencia plenamente emocional, surgida de la con-vivencia humana con el ser enfermo.

## **Notas acerca de una nueva visión del mundo**

Hace aproximadamente quince años se reunieron en el Instituto de Altos Estudios Económicos de Sankt Gallen, Suiza, diferentes eruditos en ciencias de la naturaleza y del espíritu, con el fin de bosquejar lo que ellos mismos llamaron una nueva visión del mundo, propia de nuestra época.

Poco después, en 1954, apareció la traducción castellana de un libro que con ese título, *La nueva visión del mundo* (Gebser, March, Naegeli

y otros, 1954), reúne las conferencias y conclusiones de dicho congreso. No podemos dar aquí ni siquiera una idea aproximada de su riquísimo contenido; solamente diremos que, partiendo desde diferentes sectores del conocimiento actual, tales como la astronomía, la física, la biología, la medicina, la sociología, el arte, la filosofía y la antropología filosófica, se llega a la conclusión de que en todo el desarrollo de la cultura humana, junto a los desarrollos menores de las distintas épocas, se han producido sólo dos grandes transformaciones, la segunda de las cuales ha nacido en nuestra época, en los comienzos de nuestro siglo, y se halla en plena evolución.

Propios de la primera transformación, que se consolidó en el transcurso de varias generaciones, fueron el pasaje del pensamiento mágico al pensamiento lógico, de lo irracional (como llamamos hoy, abusivamente, a la magia, luego de esa primera transformación) a lo racional; el de la consideración bidimensional del mundo a la consideración tridimensional, que cristalizó en la categorización intelectual de un espacio y un tiempo. Esta primera transformación que brindó la tercera dimensión, la “profunda razón” de las cosas, culminó en el Renacimiento italiano cuando pudo lograrse representar en una estructura bidimensional, el plano, y mediante un descubrimiento llamado perspectiva, el mundo en profundidad, o sea esta tercera dimensión o “razón”.

Hoy, mediante la segunda transformación que mencionamos, hemos llegado a descubrir matemáticamente una cuarta dimensión, necesaria y fructífera en la comprensión de los fenómenos físicos, pero esta cuarta dimensión está lejos todavía de adquirir una representación gráfica, y menos aún plenamente vivencial.

Si es cierto lo poco que he podido comprender a este respecto, decir que el tiempo es la cuarta dimensión implica decir que el tiempo deja de ser tiempo en el sentido tradicional, según el cual abarca una trayectoria lineal y “recta” hacia el infinito futuro, y pasa a convertirse en una “dimensión”. Y el espacio deja de ser espacio en ese mismo sentido tradicional, como ámbito de tres magnitudes relacionadas igualmente lineales y “rectas” que comprenden una serie continua desde cero hasta el extenso infinito, y pasa a convertirse en un “momento variable”. Espacio y tiempo no son ya considerados *categoricamente*, como características del cosmos, inmutables en sí mismas, aisladas entre sí e independientes del hombre que intenta conocer el mundo. En el continuo cuatridimensional, espacio y tiempo son relativos entre sí, en un sistema “curvo” y “cerrado”, finito “también como tiempo” (Karlson, 1943; Barnett, 1948).

Tampoco podemos nombrar todavía lo esencial de nuestra visión del mundo y sólo nos referimos a ella con palabras que intentan definir lo que

no es. Partiendo de los diferentes campos en los cuales se manifiesta, la llamamos arracional, alógica, acategórica, asistemática, aperspectiva, acausal, aespacial, atemporal, subrayando con esto el hecho de que *no es lo contrario* de lo anterior, como sería lo irracional frente a lo racional, sino algo que *trasciende el concepto de racionalidad*, y para expresar lo cual utilizamos el alfa privativa en palabras tales como arracionalidad o atemporalidad.

## La contribución del psicoanálisis a la nueva visión

La contribución de Freud a esta nueva visión del mundo ha sido amplia y fundamental. En primer lugar, su desarrollo de las observaciones de Charcot, según las cuales un trastorno que se manifiesta como una alteración corporal (la histeria) puede ser no sólo suprimido sino también provocado mediante un medio “psicológico”, la sugestión. A través de la obra de Freud, lo psicológico y lo corporal no sólo quedan indisolublemente unidos en una nueva concepción de la medicina que llegó a su máxima culminación teórica en algunos continuadores como Weizsaecker (1946-1947, 1951a), sino que ambos, mente y cuerpo, cambian de significado, adquieren una nueva dimensión y un nuevo sentido. Lo psicológico se aproxima así a lo que en la biología de nuestra época ha sido llamado “interioridad” (Portmann, 1954). A partir del concepto de psicogénesis y su posterior evolución se deshace el pensamiento causal en medicina, reemplazado en primer término por la idea de la pluricausalidad del síntoma, y luego por la noción de que los diversos métodos de investigación surgidos de diferentes campos del conocimiento permiten descubrir condiciones necesarias pero no suficientes para el desarrollo de la enfermedad, condiciones que no pueden ser consideradas como la causa, o una causa, del proceso mórbido (Barilari, 1952; Mitscherlich, 1954).

Profundizando en los conceptos de Freud señalados y desde un enfoque acorde con la nueva visión del mundo, podemos pensar que, considerado como una “función” de la interioridad, el conjunto de todo aquello que llamamos cuerpo (involucrando forma, función, desarrollo y trastorno) es una fantasía, en su mayor parte inconciente, compuesta, o mejor aún estructurada, por numerosas apariencias “parciales” o fantasías *específicas* “elementales” que sólo pueden ser separadas artificialmente del todo. Así como la fantasía constituye una realidad material y corporal específica, la realidad material (sea “biológica” o “física”) constituye una fantasía específica<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Una de las maneras de comprender la disociación psicosomática es pensar que

Partiendo de los conceptos que Freud denominó “conversión” y “sublimación”, Mitscherlich (1954) se refiere a una misma capacidad creadora de formas (Groddeck, 1923), proveniente del ello, que se manifiesta en el hombre en una esfera de acción de la cual forma parte lo que llamamos cultura; o, si esto no es posible, se manifiesta a través de la enfermedad. Estudiando el mito de Prometeo (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3) intenté profundizar en esta cuestión considerando el crecimiento y la procreación como formas corporales de materialización que intervienen, transfiguradas, en esa materialización no corporal de “la idea” que llamamos sublimación.

La segunda, y más importante aún, contribución de Freud a esa transformación cultural que conforma una nueva manera, propia de nuestra época, de percibir la realidad que nos rodea, encuentra su paradigma en la interpretación de los sueños, clave del surrealismo y del arte plástico ulterior, no figurativo, estructurado de una manera aperspectiva. Su concepto del inconciente, en el cual no rige el principio de contradicción, y del proceso primario, se une a su afirmación de que el principio kantiano según el cual el espacio y el tiempo son dos formas necesarias de nuestro pensamiento puede ser sometido a discusión (Freud, 1920g, pág. 1107).

Para Freud el inconciente está “fuera del tiempo” (Freud, 1915e, pág. 1061); el espacio y el tiempo son características del proceso secundario, categorías que derivan del ejercicio de *una parte* de nuestro aparato psíquico. Dice textualmente: “Nuestra abstracta idea del tiempo parece más bien basada en el funcionamiento del sistema percepción-conciencia y correspondiente a una autopercepción del mismo” (Freud, 1920g, pág. 1107).

Estas afirmaciones de Freud fueron retomadas y reelaboradas por Arnaldo Rascovsky, en opinión de quien “el proceso primario sólo puede configurarse bidimensionalmente” (Rascovsky, 1960, pág. 86).

En un trabajo realizado en colaboración (Cesio y colab., 1964b), utilizando los conceptos de Rascovsky (1962) acerca de la posición maníaca y la diferente temporalidad del yo prenatal, expresamos que la transferencia-contratransferencia, la atención flotante y la interpretación tienen una intensa connotación prenatal y carecen por lo tanto en esa medida de la temporalidad propia del yo posnatal. Cesio (1965b) retoma luego la postu-

---

la necesidad de conservar materialmente al objeto de la identificación conduce a la disociación “funcional” o “instrumental” del proceso de identificación en dos fases, una de “idealización” o incorporación ideal, que se cumple con el objeto original, y otra de materialización, o incorporación material, que se cumple sobre un objeto diferente. Sobre esta disociación eidético-material (Chiozza, 1963b) se estructuraría la disociación psicósomática.

lación de Freud acerca de la atemporalidad del inconciente y desarrolla la idea de que la transferencia ocurre en un presente atemporal. Emilio Rodríguez (en E. Rodríguez y G. Rodríguez, 1966, pág. 221), apoyándose en conceptos de Arnaldo Rascovsky y en las actuales teorías de la física, critica la postulación de Freud y el desarrollo ulterior realizado por Cesio acerca del carácter atemporal “del ello (o del inconciente)” y prefiere oponer al “tiempo cronológico del proceso secundario” un tiempo distinto.

## Introducción a la idea de un proceso terciario

Compenetrado de las ideas acerca de una nueva visión del mundo mencionadas anteriormente, he preferido encarar la cuestión desde otro ángulo. Aún sin decidir acerca de si ese “tiempo diferente del inconciente” es tiempo o no lo es, me parecieron especialmente sugestivas las siguientes palabras de Cesio (1965*b*): “Al hacer concientes los contenidos inconcientes, el yo del analista se permeabiliza también a ciertas características propias del inconciente, como es la *atemporalidad*, la falta de contradicciones, el proceso primario, etc. Es así como finalmente nuestra formación nos da una ‘familiaridad’ con la transferencia, que es también una ‘familiaridad’ con lo atemporal que ha pasado a formar parte de nuestro yo conciente. La conciencia que poseemos nosotros, los psicoanalistas, del fenómeno transferencial-contratransferencial, es un conocimiento muy particular, que implica un desarrollo yoico específico de características poco comunes”.

En un trabajo realizado con los doctores V. Laborde, E. Obstfeld y J. Pantolini, expresamos: “Nos parece importante señalar además que *las características del proceso secundario cambian*, ya que éste *evoluciona* en la medida en que se desarrollan las facultades mentales del hombre. A través de los enunciados de diferentes disciplinas podemos comprobar cómo el pensamiento racional, que se rige por las leyes de la lógica formal, ha quedado comprendido dentro de un sistema cuatridimensional más amplio. Este sistema ha sido denominado *arracional*, porque no se halla totalmente sujeto a las leyes del pensamiento lógico... Pensamos que, análogamente, la apariencia plana o bidimensional de los sueños, o de las imágenes visuales... es sólo una representación que oculta su carácter cuatridimensional. La forma llamada *aperspectiva* correspondería a esta modalidad visual de lo arracional” (Chiozza y colab., 1966*e*).

Si analizamos esta formulación caemos en la cuenta, sin embargo, de que ella nos obliga a replantear los mismos conceptos de proceso primario y secundario. Si pensamos que la bidimensionalidad y la atem-

poralidad no son características de lo inconciente –ya que lo inconciente según lo postula el mismo Freud es en sí mismo incognoscible– sino apariencias a través de las cuales lo inconciente se manifiesta en la conciencia, o características que el conocimiento de lo inconciente impone a la conciencia, tanto el proceso primario, “mágico”, como el proceso secundario, “lógico”, son modos de funcionamiento de la conciencia que intenta aprehender lo inconciente. Más aún, si los nuevos conocimientos de las ciencias y las artes, y la “familiaridad” con lo inconciente, nos hablan de un proceso de pensamiento alógico o arracional que implica el ingreso a la conciencia de un proceso primario junto al secundario, ¿cómo debemos llamar a esta amalgama de procesos que ya no se rige por el tiempo cronológico ni por el espacio tradicional? ¿Puede ser considerado un simple cambio del proceso secundario? Su transformación profunda, tan profunda como sólo hubo otra semejante en toda la historia de la cultura, ¿no justificará el que hablemos de un proceso terciario que por ahora sólo podremos definir por la negativa, diciendo que es alógico, aespacial, *asistemático*, etcétera?

Me veo forzado a pensar que sí, aunque tal afirmación exigirá replantearse numerosos aspectos de la teoría psicoanalítica, tales como la manera de existencia de las cargas (que Freud postulaba libres en el proceso primario y ligadas en el secundario), la existencia del sistema inconciente, o la existencia de un “proceso” en el ello, los límites del yo inconciente, las maneras de ser de la conciencia, de la resistencia, o de la represión, etcétera.

Abandonaremos aquí estas consideraciones cuyo estudio prolijo excedería los límites de este trabajo para proseguir desarrollando el tema que nos ocupa; sólo diremos que una hipótesis semejante, que atañe a las relaciones entre la conciencia y lo inconciente, se articula de una manera coherente con anteriores consideraciones (Chiozza, 1970/ [1968]) acerca de que carga, afecto y representación constituyen una misma unidad esencial que se manifiesta bajo diferentes apariencias cuando se la contempla desde diferentes ángulos.

## **Representación humorística del impacto con una dimensión intuitivamente inabordable**

Según una conocida analogía de la ciencia física (Lehmann, 1945; Karlson, 1943) que intenta brindar una vivencia intuitiva acerca de una determinada concepción del universo cuatridimensional, si existieran seres bidimen-

sionales<sup>13</sup>, seres “planos”, habitando sobre la superficie de un mundo tridimensional, esférico, estos seres podrían recorrer este mundo ilimitadamente y lo considerarían infinito. Mientras tanto nosotros, observadores tridimensionales, lo veríamos “cerrarse”, hacerse finito a través de la tercera dimensión, y podríamos calcular matemáticamente la extensión finita de esta superficie. Este cálculo matemático podría ser alcanzado por los seres planos, pero estos seres no podrían representarlo gráficamente, y menos aún comprenderlo de una manera vivencial. Para estos seres “planos”, cuya trayectoria “recta” se traza sobre la superficie curva de la esfera que ellos consideran plana, la suma de los ángulos de un triángulo equilátero con un vértice en el polo y la base en el Ecuador, arrojaría la sorpresiva cifra de 270 grados, en lugar de los clásicos 180 de la geometría de Euclides. Bastaría levantar a uno de ellos “un milímetro” sobre la superficie y sus compañeros lo verían desaparecer de una manera inexplicable: como si fuera “raptado por un espíritu”, se habría hundido en la misteriosa tercera dimensión (Dewdney, 1984).

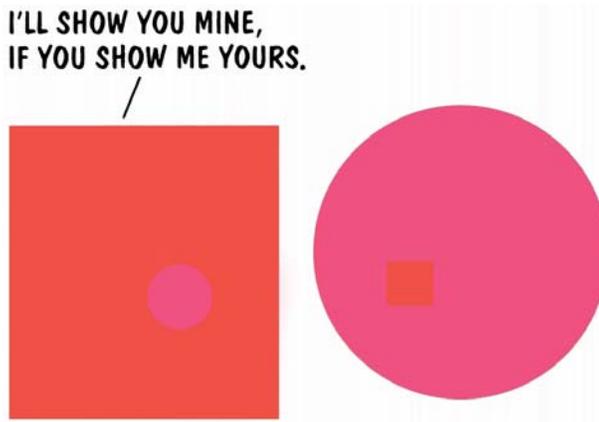
Profundizando en este modelo podríamos agregar que si uno de estos seres planos percibe en su mundo algo que él llama, por ejemplo, América del Sur, y luego se desplaza en línea “recta” sobre la superficie, llegará alguna vez, esto lo vemos claramente nosotros desde la tercera dimensión, a reencontrarse nuevamente con la América del Sur. Pero él no diría que es la misma América del Sur, diría que en el espacio y el tiempo infinitos de su mundo hay muchas Américas del Sur, separadas por distancias iguales o por intervalos de tiempo regulares. Para nosotros, tridimensionales, hay una sola América del Sur “finita” que se repite ilimitadamente en la percepción del sujeto y en un tiempo infinito; para ese ser “bidimensional” es la propia América del Sur la que “se repite” infinitamente en el espacio y el tiempo infinitos de su mundo.

Con esta metáfora se deshace la apariencia, en un primer momento absurda, de la formulación de Einstein según la cual el universo (como espacio y como tiempo) es finito e ilimitado. Pero la razón por la cual he mencionado aquí este modelo, tomado de la física, *no* es la de insistir en que lo absurdo, según nos ha enseñado Freud, suele ser la manera como se presenta a la conciencia la clave que conduce a la inteligencia de lo oculto.

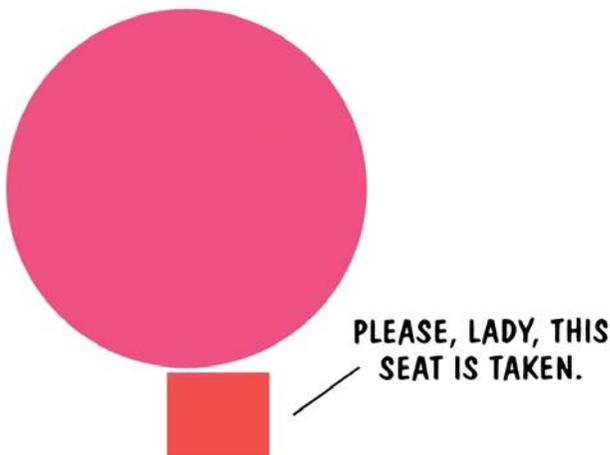
Hace unos años el doctor Jorge Pantolini me prestó un libro humorístico de Jack Wohl (1960), llamado *The conformers*. Los personajes de este libro, representados gráficamente, eran figuras planas y simples: cuadrados,

<sup>13</sup> Podemos introducir una variante en esta metáfora diciendo: seres de pensamiento bidimensional, seres planos “de mente”, lo cual despierta además coincidencias con la imagen europea precolombina del mundo.

círculos, triángulos... las cuales, a través de su situación, su forma y su color, lograban transmitir de una manera sorprendente el drama de lo humano. Provocaban en el observador esa ternura que surge junto al humorismo como el producto de una cierta distancia frente a sí mismo. Para transmitir nuestra impresión al lector reproducimos, de una manera aproximada, algunas de estas figuras y sus leyendas. Las figuras de la quinta lámina, que se hallaban dibujadas en la tapa, me impresionaron especialmente.

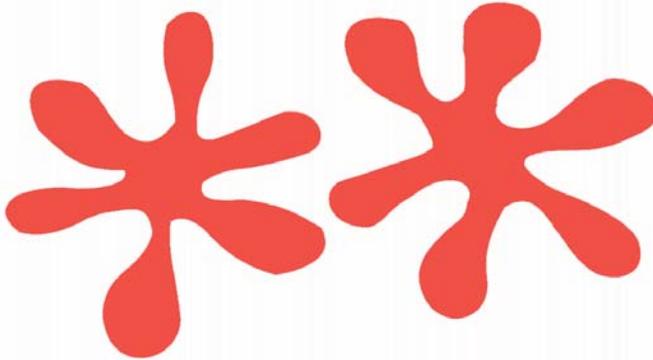


Te enseñaré el mío si me muestras el tuyo.



Perdón, señora, este asiento está ocupado.

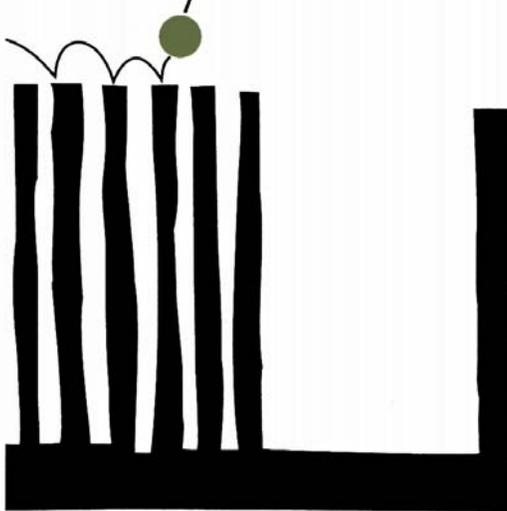
**I DON'T CARE  
WHAT ANYBODY SAYS, HARRIET.  
I THINK YOU'RE  
GOOD LOOKING.**



No me importa lo que digan, Enriqueta. Yo pienso que eres linda.

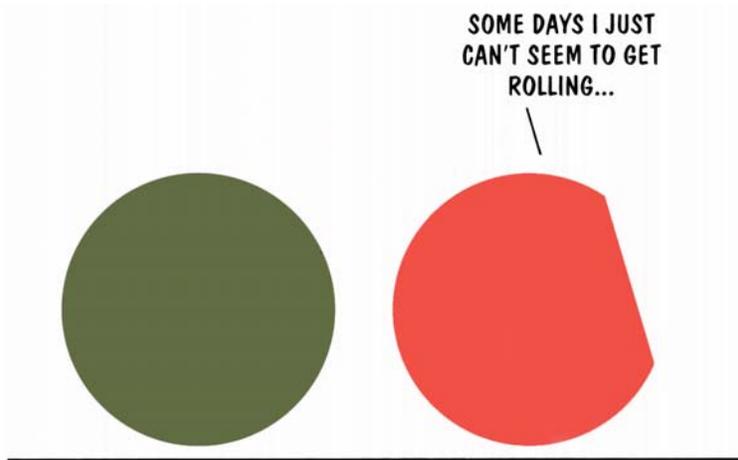
THE LOGICAL MIND

**THERE'S NOTHING TO IT  
IF YOU JUST USE YOUR HEAD.  
YOU SEE, I WORKED OUT  
THIS SYSTEM...**



La mente lógica

Es muy fácil si usted usa la cabeza. Veá, yo he elaborado este sistema...



Hay días en que me parece que no puedo empezar a rodar...

La coincidencia de la escena de esa lámina con la experiencia de un ser humano frente a la enfermedad del otro, experiencia tan frecuente en un psicoanalista, resultaba evidente, y lo mismo su contrapartida, la experiencia del ser enfermo. Pero lo que no resultaba tan evidente era el carácter humorístico y conmovedor de esas figuras. Pronto hube de caer en la cuenta de que nuestro carácter tridimensional nos ubicaba en la posición de “dioses” frente a esas enternecedoras figuritas de papel que representaban al mismo tiempo, evidentemente, nuestra propia limitación humana, sujeta a la contingencia de una dimensión inabordable que torna incomprensible, problemática, la esencia o el significado de aquello que denominamos enfermedad. La coincidencia con el modelo de la física teórica citado anteriormente era también evidente.

No pude resistir la tentación de dibujar a la manera de Wohl, una serie de diálogos frecuentes en la tarea psicoterapéutica, y a través de los cuales, de un modo más o menos inconciente, procuraba establecer también una cierta distancia que, en forma de crítica “tierna”, nos ayudara a sobrellevar la experiencia inevitablemente traumática que surge de nuestras limitaciones “dimensionales” frente a un enfermo que, siempre, en mayor o menor medida, nos contagia su sufrir. (Véanse los gráficos en las páginas siguientes)

## **Encuentro con la necesidad de una nueva dimensión en la medicina y en la técnica psicoanalítica**

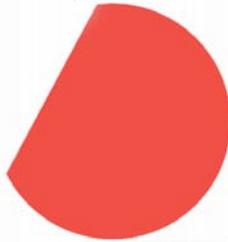
Hasta aquí toda esta actividad constituyó un entretenimiento humorístico, pero la integración conciente de todos estos elementos dispersos

cobró de pronto un significado preciso. Era imposible imaginar en un plano, en una existencia bidimensional, una figura y una leyenda que representaran la “verdadera” interpretación, aquella que “no fuera el producto del propio pasado del analista”, o de lo que se ha llamado la “neurosis de contratransferencia”. Estas últimas parecen ser formulaciones que *no pueden ser mantenidas en la actualidad*. Parecería en cambio evidente que *el conjunto* de estas interpretaciones, más todas aquellas “posibles” en la estructura bidimensional, podrían representar mejor la “profunda razón de las cosas”, que sólo sería abarcable en un conjunto, o en su “idea” esencial<sup>14</sup>, desde una tercera dimensión, inabordable para los seres “planos”. Acuden a la memoria las palabras de Infeld: “La totalidad de los sucesos posibles constituye un mundo cuatridimensional” (en Gebser, March, Naegeli y otros, 1954, pág. 299). Pero la totalidad de los sucesos *posibles*, es decir *actuales y potenciales*, es por su esencia algo que escapa a la con-prehensión racional, tridimensional, y a todo intento de representación visual. Dicho en otras palabras: “El hombre es siempre algo más de lo que puede decirse de él en un momento dado”, ya que no sólo la imagen que tenemos de él cambia y evoluciona, sino que el hombre mismo cambia y evoluciona junto con ella. Podemos sin embargo, como podrían los hipotéticos seres planos, percibir la limitación actual de nuestro aparato cognoscitivo.



<sup>14</sup> Esto tiene cierta similitud con lo que ocurre en la solución de un dilema o una paradoja mediante el acceso a un “plano” trascendente que implica un grado de mayor abstracción o mayor generalidad.

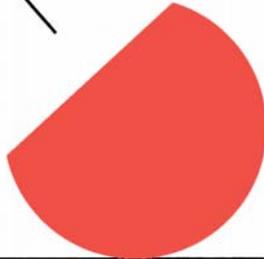
HAY DÍAS...



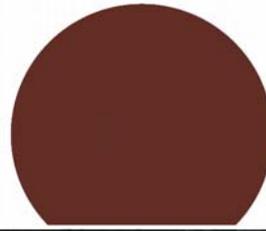
SUS INHIBICIONES SON EL RESULTADO DE LA ESTRUCTURACIÓN DE SUS CONFLICTOS EN EL TRANSFONDO DE SU PERSONALIDAD. POR OTRO LADO, ESTAS MOTIVACIONES SUBYACENTES CODETERMINAN SU PERSONALIDAD EN TODAS SUS FACETAS.



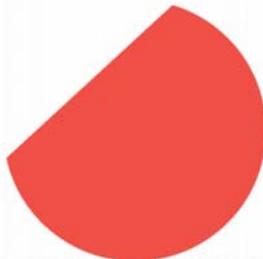
HAY DÍAS...



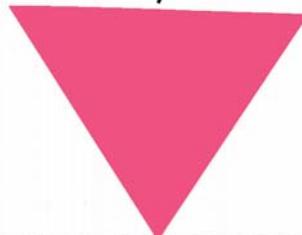
USTED ENVIDIA MI PERMANENTE CAPACIDAD PARA RODAR.

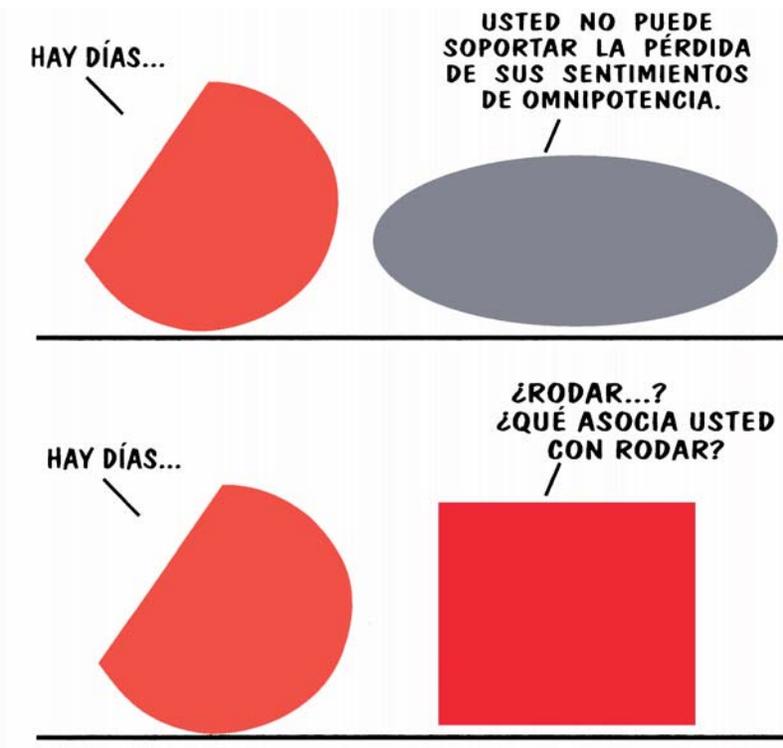


HAY DÍAS...



EMPEZAR A RODAR LO OBLIGA A ENFRENTARSE CON LA INESTABILIDAD QUE CONSTITUYE SU PROBLEMA.





La percepción de esta limitación actual no debe entenderse, como en otras épocas, de una manera “positivista” que los autores de *La nueva visión del mundo* califican de ingenua y según la cual, tarde o temprano, todo llegará a ser conocido, y sólo se trata de esperar el desarrollo de la ciencia. Hoy se trata precisamente de lo contrario: en todas las ramas del saber, en opinión de los mismos autores, el hombre se siente inclinado a pensar que el todo es (y no se ve todavía cómo podría, si es que puede, dejar de serlo) inabarcable para el hombre mismo, que forma una parte de ese todo. Esta nueva conciencia constituye ya un primer acceso a esa dimensión inabordable todavía. Ya no podemos ir en busca de “la verdadera” interpretación, o “el” contenido latente, unívoco<sup>15</sup>. Lo unívoco y lo verdadero son, en su significado habitual, conceptos tridimensionales que carecen de sentido en un mundo cuatridimensional. Por ahora deberemos conformarnos con un conjunto de interpretaciones “más o menos”

<sup>15</sup> En el trabajo “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar” (Chiozza y colab., 1966e) hemos llegado a la misma conclusión por otro camino.

adecuadas para lograr esa “más o menos” adecuada transformación de la fantasía inconciente que llamamos *elaboración*.

Nuestro entretenimiento con las figuras planas está representando, pues, en la penumbra de nuestra conciencia, la necesidad y la incipiente posibilidad de una dimensión más en la técnica y la teoría psicoanalíticas. La necesidad de una “distancia” que nos permita abandonar “*el*” contenido latente, unívoco y “científicamente verdadero”, y observar desde una cuarta dimensión, aespacial y atemporal, acausal y acategórica, *asistemática*, nuestra cotidiana “experiencia tridimensional” frente al enfermo, surgida de un pensamiento cargado de tradición. Podemos sospechar que este ángulo de observación coincide con lo que se ha llamado el “ojo de Dios” o la “sabiduría del Demonio”<sup>16</sup>. Si el acceso a la tercera dimensión bifurcó la magia en lo que denominamos ciencia y lo que denominamos religión (Gebser, March, Naegeli y otros, 1954), el acceso a la cuarta dimensión nos permitirá, muy probablemente, trascender la frontera que separa la religión de la ciencia en una nueva actividad que ya no deberíamos llamar científica ni religiosa. Siguiendo en esto los pasos de Freud, quien en el estudio de lo ideal, de lo religioso y de lo sagrado sentó las bases para un profundo y diferente conocimiento de lo que adquiere el nombre de Dios y de lo que adquiere el no menos formidable nombre de Demonio. En otro campo de trabajo, la modernísima cibernética (Wiener, 1964) conduce al hombre, y de una manera ineludible, hacia una esfera de creación y destrucción que supone una identificación jamás lograda anteriormente, casi intolerable, en una atmósfera peligrosa que ayer hubiera sido irreverente y soberbia, con esos poderes que fueron hasta hoy tan sagrados e “intocables” como la consumación material del incesto.

Podemos pensar que estos *conformers*, metafóricamente tan dotados de vida como esa criatura pigmaliónica que constituye la máquina moderna, capaz de crecer, de reproducirse y de crear o inventar su propio programa, al ser creados por el hombre y representar simultáneamente al hombre mismo, nos permiten observarlos con el “ojo de Dios” de una manera que, luego de las posibilidades brindadas por la cibernética, dista mucho de ser una “simple” metáfora<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Véanse las interesantes consideraciones que acerca del modo de funcionamiento del hemisferio cerebral derecho y su relación con el izquierdo, realiza Watzlawick (1977).

<sup>17</sup> No deseamos implicar en esto la idea de que nuestras actuales computadoras alcanzan o llevan incorporada la captación completa del principio de funcionamiento psíquico. Puede consultarse al respecto el interesantísimo libro *La frontera entre el ordenador y la mente*, de Joseph Weizenbaum (1976). En

Pero son mucho más valiosos aún estos *conformers* si podemos creer que, integrados con las consideraciones que hemos realizado, nos acercan a un “testimonio intuitivo” de que ya comenzó, aunque balbuceante todavía, a funcionar en el hombre ese “proceso terciario” que, frente a la lógica bivalente, reivindica el terreno del “casi” y del “más o menos” (Ferrater Mora, 1965), y cuyos productos, queremos destacarlo una vez más, suelen presentarse a la conciencia bajo la apariencia de lo absurdo o la noción, igualmente subversiva, de que “todo puede ser *también* de otra manera”.

---

cuanto a las nuevas formas de religiosidad, véase *La gnose de Princeton*, de Raymond Ruyer (1974).



---

## **UNA IDEA DE LA LÁGRIMA**

---

(1970 [1968])

Luis Chiozza, Catalina Califano, Edgardo Korovsky,  
Ricardo Malfé, Diana Turjanski y Gerardo Wainer

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1970p [1968]) “Una idea de la lágrima”.**

## Ediciones en castellano

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 525-549, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 137-165.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 109-133.

Este trabajo fue presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, el día 29 de noviembre de 1968.

“Idea” deriva de *eidon*, que significa “yo vi”. Usada en su sentido primitivo, que continúa vivo en nuestro inconciente, la idea es algo “que yo vi”. ¿Qué idea podemos tener de la lágrima? ¿Qué podemos ver en ella? ¿Qué “imágenes”, qué “colores” podemos contemplar si enfocamos con la luz del psicoanálisis, y la ampliamos hasta que abarque todo el campo, esa gota que resbala por el ojo húmedo y rueda por la cara? ¿Por qué sale ese líquido de nuestros ojos cuando vivimos esa emoción que se traduce en llanto? ¿Qué significado adquiere en “lo profundo” de nuestra “interioridad” la efusión de lágrimas? ¿Por qué forma parte del llorar? ¿Y qué parte forma? ¿Cuál es el “lenguaje” de la lágrima? ¿Puede este lenguaje traducirse en palabras y “deshacer” el llanto? Este trabajo constituye un intento de responder a estas preguntas.

## Introducción

Cuando Freud, prosiguiendo las ideas de Charcot, penetró en el significado de una enfermedad capaz de producir trastornos en el cuerpo y, ayudado por Breuer, demostró que los histéricos “padecen de reminiscencias”, abrió, con su concepto de la conversión de lo psíquico en lo somático, una veta que fue recorrida luego por muchos autores.

Groddeck, de quien Freud tomó el término “ello”, fue quizás el primero y el más profundo de esos autores. Su concepto del ello como capacidad generadora de símbolos, entre los cuales se cuenta la enfermedad, toda enfermedad, fue repetidamente elaborado por Weizsaecker (1946-1947), para quien así como todo lo psíquico posee una coexistencia corporal, todo lo corporal, sea enfermedad, forma, función o desarrollo, posee un sentido psicológico. Usando términos de Freud, diríamos que dicho sentido constituye un eslabón inconciente que puede “llenar el hueco” entre dos sucesos concientes aparentemente inconexos, conformando así una serie psíquica plena de significado.

Partiendo de las ideas de Freud acerca de los fines propios, específicos, de cada una de las zonas erógenas –entre las cuales pueden contarse “todos y cada uno de los órganos” y “todo proceso algo importante” (Freud, 1905*d*, pág. 818, y 1924*c*, pág. 1025)–, adquirió forma el concepto de que cada órgano o proceso, cada parte artificialmente segregada del todo que constituye el hombre, configura una *fantasía específica* (Chiozza, 1970*n* [1968]).

Según este concepto, podemos hablar de fantasías hepáticas o renales tal como hablamos de fantasías orales, anales o fálicas. Así, la envidia puede ser considerada una fantasía hepática, y el mecanismo psicocorpóreo que puede objetivarse como la secreción de la bilis y su progresión a través de los canales colédocos, no sólo puede “ser usado” como envidia, sino que ya *es* aquello que desde un enfoque “psicológico” denominamos envidia y que incluye en su estructura una relación con los objetos.

Para formarnos pues “una idea de la lágrima”, partiremos de este concepto de fantasía específica según el cual la lágrima y la efusión de las lágrimas ya son esa idea, esa fantasía “lagrimal” cuyo nombre “específico” no acude todavía a nuestros labios y procuramos descubrir.

## La efusión de lágrimas

Según lo que nos enseñan clásicos textos de anatomía y fisiología (Latarjet y Testut, 1949; Houssay, 1951), el aparato lagrimal está esencialmente constituido por la glándula lagrimal, situada en el ángulo externo del ojo. Cuatro o cinco grandes canales excretores y ocho o diez canales más pequeños vierten las lágrimas por encima de la comisura externa de los párpados. Desde el ángulo externo del ojo, las lágrimas son extendidas hasta el ángulo interno únicamente mediante los movimientos del músculo orbicular de los párpados y, debido al parpadeo, se extienden por el fondo del saco conjuntival, cavidad virtual existente entre el ojo y el párpado.

Una gran parte de las lágrimas se evapora; el excedente se detiene en el borde libre de los párpados gracias a la secreción grasa de las llamadas glándulas de Meibomio, y luego se desliza y se acumula en el ángulo interno del ojo, en el denominado lago lagrimal, de donde las lágrimas pasan a los canales lagrimales, cuyos orificios o puntos lagrimales se hunden en una dilatación llamada saco lagrimal. El canal nasal, que sigue al saco lagrimal, lleva las lágrimas a las fosas nasales, desembocando en la parte anterior del meato inferior.

El deslizamiento de las lágrimas a través de los canales lagrimales, el saco lagrimal y el canal nasal, se ve facilitado debido a que esas partes obran como un sifón, y a las contracciones del músculo orbicular, el cual, dilatando el saco lagrimal, contribuye a provocar la aspiración de las lágrimas. Es probable que también facilite este deslizamiento la rarefacción del aire producida en las fosas nasales por los movimientos de inspiración, ya sean normales durante la respiración o intensificados durante el llanto.

“Las lágrimas constituyen una solución acuosa de cloruro de sodio y bicarbonato con pequeñas cantidades de mucus y albúmina” (Houssay, 1951). Segregadas por las glándulas lagrimales, se hallan destinadas a mantener húmedas la córnea y la conjuntiva y a arrastrar mecánicamente pequeños cuerpos extraños, entre los cuales se cuentan las bacterias. La producción y eliminación de las lágrimas es constante y se mantiene en un equilibrio que evita su derrame por la abertura palpebral. La producción lagrimal puede aumentar por la acción de irritantes conjuntivales u oculares, físicos, químicos o mecánicos, o por efecto de las emociones, como ocurre en el llanto.

La secreción normal se produce por vía refleja a consecuencia de la excitación de la faz anterior del globo ocular por el aire. “Schirmer –1904– ha calculado que se producen unas 13 gotas cada 16 horas, de las cuales 7 gotas se evaporan; el resto pasa a la nariz” (Houssay, 1951, pág. 1189). Esta secreción refleja aumenta ante cualquier excitación de la superficie del ojo, pero también otras excitaciones (filetes sensitivos del trigémino) tienen como resultado activar la secreción lagrimal cuando se producen en las proximidades del ojo como por ejemplo en la conjuntiva, párpados, fosas nasales, etc. La violenta excitación del nervio óptico por la luz produce el mismo efecto. La secreción más abundante de lágrimas acompaña también a otros reflejos como el vómito, la tos, el estornudo, la risa.

Junto a estas causas existe el “lloro de origen psíquico”, observado según Houssay (1951) en el hombre y en los monos antropoides, y también, según Darwin (Dumas, 1933a), en los elefantes. En el caso del lloro, la secreción lagrimal aumentada acompaña a otras manifestaciones tales como caída de la comisura palpebral y de la boca, movimientos de los hombros, etc. En este caso el fenómeno es bilateral, desaparece por el sueño y lo despiertan determinadas emociones o situaciones análogas a las de los reflejos condicionados, que permiten, por ejemplo, a los actores llorar a voluntad (Houssay, 1951).

Los peces no tienen glándulas lagrimales, las que sólo aparecen en los batracios. Algunos animales poseen una tercera glándula, llamada glándula de Harder, y un tercer párpado, la membrana nictitante. Esta glándula no existe en el hombre ni en los cuadrumanos (Latarjet y Testut, 1949).

Nelson (1960), en su *Tratado de pediatría*, afirma que en el recién nacido la glándula no produce lágrimas hasta varias semanas después del nacimiento, y que cuando la secreción aparece por primera vez, los conductos lagrimales pueden no estar abiertos todavía y aparecer epífora.

El mecanismo de secreción de las lágrimas “es muy parecido al de la secreción salival y depende del sistema nervioso autónomo, por intermedio de sus dos divisiones, el simpático y el parasimpático. El parasimpático, nervio a la vez secretor y vasodilatador, es el más importante. Sus fibras

salen del neuroeje junto con el facial, del que se separan a nivel del ganglio geniculado, y luego de un trayecto complicado se incorporan al nervio lagrimal, rama del trigémino, y entran en la glándula. Las drogas estimulantes de este sistema aumentan la secreción lagrimal, tales como la pilocarpina, la muscarina, la acetilcolina, y la inhiben las paralizantes como la atropina. El papel del simpático también es doble: secretor, pero en menor grado que el anterior, y vasoconstrictor. Sus fibras, luego de detenerse en el ganglio cervical superior, siguen los plexos periarteriales hasta alcanzar la glándula” (Houssay, 1951, pág. 1189).

Litter y Wexselblatt mencionan que Bagorat y Bing han descripto “un signo que denominan reflejo gustolagrimal o signo de las lágrimas de cocodrilo. Consiste en la secreción abundante de lágrimas (en los casos de parálisis faciales) en el ojo del lado paralizado durante la masticación, hecho que recuerda el fenómeno corriente del cocodrilo que llora cuando engulle su presa. Este signo se presenta algunas veces y coincide en general con la mejoría de la afección, teniendo un cierto valor pronóstico. Según Kaminsky este fenómeno se explica por las conexiones que existen entre la cuerda del tímpano y las fibras secretorias lagrimales en el ganglio esfeno-palatino; al producirse la parálisis periférica sobreviene hiperexcitabilidad de las fibras secretorias, con la consiguiente secreción por los estímulos gustativos” (Litter y Wexselblatt, 1944, pág. 1103).

## El llanto

Penetrar en la fantasía lagrimal exige que nos ocupemos del llanto, en el cual confluyen la efusión de lágrimas, el sollozo y los gritos o lamentos. Estos últimos, sollozos, gritos o lamentos, pueden faltar sin embargo en el llanto, cuya característica principal reside en la efusión de lágrimas.

Dumas (1933a, pág. 333) afirma sin embargo que el término “lágrimas” posee un sentido más extenso que el término “llanto”. La cebolla, señala Dumas, hace correr lágrimas y no llanto. El mismo contenido de este trabajo, su tesis, nos conduce implícitamente a poner en duda esta afirmación, pero no nos ocuparemos ahora de desarrollar este aspecto de la cuestión.

Mientras que el estudio etimológico de la palabra “lágrima” o su equivalente inglés *tear* nos conduce hacia el término griego *dakru*, cuyo significado es el mismo y cuyo origen es incierto (Partridge, 1961), el estudio etimológico de la palabra “llanto” o sus equivalentes ingleses *cry* y *weep* nos introduce definitivamente en lo que podemos denominar “el contenido melancólico del llanto”.

“Llanto” proviene del latín *planctus*, que denomina a la “acción de golpearse” y de él deriva también “plañir”. “Llorar” deriva del latín *plorare*, que significa “lamentarse”, “despertar compasión” (Corominas, 1961).

*Cry*, “que se usa en inglés para significar llanto, pero también para referirse al sonido que no expresa ideas ni pensamientos sino sentimientos, el grito, y que puede ser emitido tanto por el hombre como por el animal” (Hornby, Gatenby y Wakefield, 1960), proviene del francés *crier*, y éste del latín *quiritare*, cuyo significado de origen alude a la costumbre de implorar a los *quirites*, los ciudadanos romanos (Partridge, 1961).

*Weep* es también usada, en inglés, con el significado de llanto; pero, en sentido más o menos figurado, incluye las más diversas acepciones, tales como exudación, supuración, la condensación de agua en una superficie, etc. (Hornby, Gatenby y Wakefield, 1960). *Weep* deriva del antiguo eslavo *vabiti*, que posee el sentido de llamado, de grito audible, y especialmente significaba la imitación del grito de las aves usado como señuelo para cazarlas (Partridge, 1961).

El contenido de “llamada” o de “imploración”, unido al autorreproche implícito en el golpearse –también de golpearse deriva “afligirse” (Corominas, 1961)–, subraya los aspectos ideales y superyoicos, representados por los *quirites*, de la melancolía que se expresa en el llorar; pero es necesario también tener en cuenta que a través de ese lamento se espera lograr u obtener una ventaja del objeto al cual se implora y al cual se intenta “cazar”.

De este parcial estudio etimológico acerca del llanto podemos deducir que la pena y la tristeza, el contenido melancólico, sobresalen en primer plano, mientras que acerca del contenido lagrimal en sí mismo y su significado poco hemos podido aclarar.

Si intentamos progresar en el tema a través del estudio de las palabras “pena”, “duelo”, “melancolía” y “tristeza”, llegamos a un punto muerto semejante. “Pena” deriva del latín y significa en su origen “multa” o “castigo” (Corominas, 1961; Ernout y Meillet, 1959). “Duelo” deriva también del latín y a través de “dolor” posee el significado primitivo de “recibir golpes”, “ser batido” en la lucha (Corominas, 1961; Ernout y Meillet, 1959). “Melancolía” deriva de la palabra griega *melankholia* utilizada en el sentido de “mal humor”, que significa literalmente “bilis negra” (Corominas, 1961). Profundizando en el estudio de esta cuestión (Chiozza, 1974b), es posible sostener que la amargura constituye su contenido más específico. “Tristeza”, derivada de “triste” y ésta del latín *tristis*, posee un origen etimológico incierto, que hace pensar en un adjetivo “redoblado”, “tris-tris”, de donde derivaría *tristis*. Su significado primitivo incluye especialmente lo siniestro, lo amargo y lo fúnebre, que llega a poseer, en las lenguas germanas, un sentido equivalente al de “sentencia de muerte”. *Tristis* forma en latín un par antitético con *hila-*

*ris*, que designa al gozo o la alegría vinculados a la satisfacción (Corominas, 1961; Ernout y Meillet, 1959; Real Academia Española, 1950). La palabra inglesa *sad*, de la cual deriva *sadness*, equivalente de nuestra “tristeza”, proviene en cambio de antiguas raíces que poseen el significado de “satisfacción”, “cansancio”, “hartazgo” (Partridge, 1961).

Antes de centrarnos en el estudio de las fantasías “lagrimales”, de las cuales hemos dicho muy poco hasta ahora, nos ocuparemos un poco más del llanto tomado en su conjunto y, especialmente, de otro de sus aspectos, el sollozo.

Seguiremos en esto la exposición de Dumas, suficientemente completa para nuestros fines. Basándose en la descripción de Dechambre, escribe Dumas: “...cuando el sollozo se vuelve duro y violento, entran en convulsiones los músculos espiradores, y el movimiento precipitado de jadeo, que caracteriza al sollozo que comienza, se transforma en una sucesión de espiraciones bruscas, irregulares, ruidosas, dolorosas, cortadas a intervalos por inspiraciones laboriosas e incompletas; luego, al aplacarse la crisis, se ven reaparecer los fenómenos del comienzo, es decir, una sucesión de movimientos inspiratorios que, poco a poco, se vuelven más regulares, más calmos, hasta el restablecimiento de la respiración normal. Con frecuencia, los fenómenos del comienzo se encuentran sumamente disminuidos, y el sujeto comienza con la crisis paroxística de convulsiones espiratorias” (Dumas, 1933a, pág. 328).

Dumas subraya también “el ruido glótico que ora se produce en la inspiración sola, ora se repite en la espiración”, y más adelante añade: “...es evidente que si la fase paroxística del sollozo se manifiesta mediante convulsiones de los músculos espiradores, cortadas por bruscas inspiraciones, con ello se aproxima mucho a la fase convulsiva de la risa, en lo que respecta a sus reacciones respiratorias” (Dumas, 1933a, pág. 328).

Sigue luego expresando Dumas (1933a, págs. 329-330):

En algunos casos, todos hemos tenido ocasión de comprobar cuán difícil es saber si un sujeto solloza o ríe cuando no se ve su rostro; y cuando acudimos al pneumógrafo para inscribir las respiraciones del sollozo y de la risa, se obtienen trazados en que las convulsiones de los espiradores y las inspiraciones intermitentes se inscriben de la misma manera, con los mismos períodos cortos de tétanos incompleto.

No solamente las manifestaciones motoras son muy semejantes, sino que el paso de una expresión a otra es facilitado por esta analogía, y por eso, en ciertos enfermos, como los pseudobulbares, y en general en los niños, los accesos de sollozos y de risa pueden sucederse o fundirse el uno en el otro con extrema facilidad.

Como los centros de la risa, los centros del sollozo parecen estar localizados en la región optoestriada; tienen, con la corteza, las

mismas relaciones que los centros de la risa, y pueden liberarse, en las mismas condiciones, de la inhibición cortical.

El paralelismo y la semejanza de ambas reacciones espasmódicas son manifiestos. ¿Existe una diferencia afectiva? Y si la risa es agradable, ¿es doloroso o penoso el sollozo?

Creemos poder afirmar, sin paradoja, que el sollozo, aunque en general se une a estados cerebrales penosos, no es penoso en sí mismo. Corresponde a un sentimiento de escape, de descarga, que no tiene nada de doloroso, y hasta proporciona una especie de placer, en el que los niños se complacen, y al que a veces se entregan sin medida.

Caracterizado y aproximado así el sollozo a la risa, se plantean las mismas cuestiones que para la risa, y su solución presenta las mismas dificultades.

En el sollozo puede considerarse el mecanismo respiratorio y glótico (acabamos de decir algo sobre ello). Puede buscarse qué género de emociones terminan en el sollozo, y en ese caso se hace psicología afectiva bastante general; puede preguntarse (y la cuestión es particularmente embarazosa) mediante qué mecanismo psicocerebral y psicoorgánico el anuncio de una mala noticia puede provocar convulsiones de los espiradores, y a menudo también convulsiones ligeras de los inspiradores. El paralelismo de las cuestiones del sollozo y de la risa se prosigue hasta la función social del sollozo, que, como la risa, aunque menos que ésta, puede ser artificialmente mantenido, prolongado, incluso provocado, y convertirse en una especie de lenguaje.

¿Qué emociones se traducen en el sollozo? No se solloza en el miedo ni en la cólera; no se solloza en la angustia ni en la vergüenza. No se solloza en las formas depresivas de la tristeza. Para que haya sollozo es necesaria una mezcla de resignación y de rebelión, una emoción intensa, aguda, penosa, que sin cesar se renueva, mediante representaciones evocadas, y que, incapaz de producir reacciones de cólera y de violencia, se gasta en el sollozo.

Algunas veces se solloza, es cierto, en las alegrías que han sido largo tiempo esperadas, precedidas de angustias y temores, como si el sollozo sirviese de descarga a recuerdos de emociones penosas, que ya no tienen objeto.

Poco cabe agregar a esta excelente descripción de Dumas, que nos permite enfocar el llanto en términos de la teoría psicoanalítica y ver en el sollozo, que “se inicia con un jadeo” y termina en “convulsiones de los espiradores”, una descarga afectiva “equivalente” o “sustitutiva” del coito y su orgasmo<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> En Groddeck leemos algo semejante en cuanto al llanto: “Las lágrimas que se lloran no sólo están consagradas a la pena y al dolor, sino que imitan también

## Antecedentes acerca del origen y significado de las lágrimas

Con respecto al origen de las lágrimas escribe Descartes, citado por Stern: "...para entender bien su origen, hay que observar que, aun cuando cantidad de vapores sale continuamente de todas las partes de nuestro cuerpo, de ninguna sale en tanta cantidad como de los ojos, a causa de lo grandes que son los nervios ópticos, y de la multitud de pequeñas arterias por donde esos vapores vienen; así como el sudor está compuesto por los vapores que, surgiendo de las restantes partes, se convierten en agua, así las lágrimas nacen de los vapores que salen de los ojos... el amor, al enviar mucha sangre al corazón, hace que brote mucho vapor por los ojos, y que la frialdad de la tristeza, al retardar la agitación de esos vapores, hace que se conviertan en lágrimas" (citado por Stern, 1950, pág. 105).

Según Kant el llanto debe ser considerado como un "lenitivo, y en cierto modo, una precaución de la naturaleza para la salud. Una viuda, que no quiere dejarse consolar, es decir, no quiere que se interrumpan sus efusiones de lágrimas, actúa a pesar de ella y sin saberlo en beneficio de su salud" (citado por Stern, 1950, pág. 108).

También en Stern (1950, págs. 119-120) encontramos esta cita de Darwin de su libro *Expression of the emotions in man and animal*:

El llanto es probablemente resultado de una cadena de acontecimientos como la que sigue: cuando requieren alimento o sufren, los niños gritan con fuerza, como los cachorros de muchos otros animales, en parte para llamar a sus padres en su ayuda, en parte porque toda gran actividad sirve de alivio. Los gritos prolongados conducen inevitablemente a la congestión de los vasos sanguíneos del ojo; y esto habrá llevado, concientemente al principio y luego por hábito, a la contracción de los músculos que rodean los ojos, a efectos de preservarlos. Al mismo tiempo la presión espasmódica sobre la superficie del ojo, y la distensión de los vasos en su interior, afectarán por acción refleja las glándulas lagrimales, sin implicar necesariamente ninguna sensación conciente. Por fin, y conforme a los tres principios: la fuerza nerviosa pronta a descargarse por canales ya habituales, la asociación, tan extendida en su poder, y ciertas acciones más controladas por la voluntad que otras, ocurre que el sufrimiento ocasiona rápidamente la secre-

---

la perla que descansa profundamente en su ostra, en la concha de madreperla de la mujer, y todo llanto está pleno de simbólico placer sexual" (Groddeck, 1923, pág. 236).

ción de lágrimas, sin que necesariamente se vea acompañado por cualquier otra acción.

Dumas (1933a, pág. 336) comenta al respecto de lo dicho por Darwin:

Fuera de estas frágiles hipótesis, lo que hay de cierto en la emisión de las lágrimas de dolor, y lo que los psicólogos descuidan a veces señalar, es que esas lágrimas son un fenómeno de excitación, y que coinciden con la aceleración del corazón, la elevación ligera de la presión sanguínea, la vasodilatación periférica y la aceleración respiratoria; no traducen la tristeza que se resigna y se abandona, sino el sufrimiento que se debate. Entre las manifestaciones de la tristeza que se resigna pasivamente y las manifestaciones violentas de la cólera, hay lugar, en efecto, para las manifestaciones intermedias del sufrimiento que se rebela, aunque sabiendo que es inútil la rebelión...

Las lágrimas, como el sollozo, con el que tan a menudo están asociadas en el niño, son una manifestación de la tristeza que se rebela. Por no haber establecido esta distinción, Lange, después de haber definido la tristeza por la disminución circulatoria, la anemia periférica y la depresión, se ha visto de tal modo embarazado por las lágrimas; y, al contrario, por haberla hecho, W. James ha podido decir que hay una excitación en el acceso de lágrimas, y que esta excitación comprende un placer ardiente, que le es particular...

Sigue luego expresando Dumas (1933a, págs. 337-339):

Las lágrimas de sufrimiento que derrama el niño, y que muchos adultos pueden derramar en una crisis de dolor moral, son, pues, originalmente, reacciones secretorias, análogas a las otras reacciones centrífugas, y como ellas desempeñan, frente a la excitación, un papel de descarga...

Por otra parte, hay que señalar que el niño pequeño que vierte lágrimas en ciertas emociones penosas, las vierte igualmente durante la cólera...

En los estados de dolor y de cólera hay así, al comienzo, una asociación de las reacciones secretorias y de las reacciones motoras; como ya lo hemos señalado, en este período primitivo no parece que ambos órdenes de reacciones centrífugas hayan recibido, en la traducción de las excitaciones de dolores y de cólera, una afectación bien distinta.

Pero por razones sociales y fisiológicas, pronto se establecen diferenciaciones que tienden a especializar más las reacciones secretorias y las reacciones motoras.

Cuando las emociones dolorosas del adulto son particularmente intensas, y se traducen en manifestaciones motoras variadas y dramáticas mediante palabras o gestos, apenas se traducen en lágrimas; los melancólicos de asilos no lloran cuando se agitan mucho; la desesperación no llora. Ocurre en esto como si la excitación motora inhibiera la reacción secretoria.

Por lo demás, no es el caso más frecuente. Bajo la influencia de la colectividad, que reputa a las manifestaciones del sufrimiento como un signo de debilidad y de cobardía, sobre todo cuando el sufrimiento es mediano, los adolescentes y los adultos se adiestran lo mejor que pueden para refrenar sus manifestaciones, y en la mayoría de los casos adquieren muy de prisa el hábito de dominar completamente sus reacciones motoras, pero es mucho más fácil refrenar la expresión muscular de los llantos y de los sollozos que refrenar las lágrimas mismas; por eso, cuando los progresos de la educación han suprimido los llantos y los sollozos, las lágrimas de emoción pueden aún humedecer los ojos o caer de los párpados inmóviles. En este caso, cuando se produce una emoción penosa, por poco marcada que sea, se deriva sobre las glándulas lagrimales; y como la secreción lagrimal presenta gran variedad de grados, como va, por transiciones múltiples, desde los ojos ligeramente empañados a los ojos húmedos, a los ojos mojados, a los ojos anegados, a los ojos que lloran, en los adultos que pueden llorar constituye una reacción emocional muy matizada.

Para la cólera, las cosas ocurren de otro modo..., el adolescente o el adulto no se adiestran para refrenarlas. Al contrario, ceden a ellas, a menudo con cierta embriaguez, y gastan su excitación en gestos, en palabras, en actos de destrucción y de violencia. Pero de este predominio de las reacciones musculares resulta que la reacción secretoria inhibida no se produce. Solamente en las cóleras que no pueden traducirse en reacciones motoras y en actos se vierten lágrimas de rabia o impotencia.

Por los mismos principios pueden explicarse las lágrimas de los accesos de risa. Hay también aquí dos expresiones asociadas que traducen, una y otra, en forma refleja, la excitación de los centros optoestriados; pero, en general, la reacción secretoria sólo surge al final del acceso, y parece desempeñar entonces un papel de resolución; únicamente en los accesos de risa en que se quiere refrenar la expresión motora pueden verse correr las lágrimas desde el comienzo del acceso.

Se entrevé, pues, una ley que es al mismo tiempo una ley de derivación y una ley de antagonismo, y que permitiría atribuir a las lágrimas un papel de resolución y derivación cuando se trata de ciertas excitaciones, al mismo tiempo que de antagonismo relativo cuando se trata de reacciones musculares. Y de hecho, cuantas veces

aparecen las lágrimas a consecuencia de una emoción agradable o penosa, puede discernirse allí uno u otro de esos caracteres.

El fenómeno de derivación y de sustitución es particularmente visible en las lágrimas que siguen a los grandes dolores físicos o morales, cuya expresión natural hemos contenido; las lágrimas pueden entonces ser comparadas a bruscos escapes y corren inagotablemente. En el teatro, en la lectura de una novela, en el relato de un infortunio, cuando lloramos de piedad es porque es imposible o inútil traducir en gestos o actos la emoción que nos embarga ante la desgracia irreal o lejana que se nos presenta; es curioso que en la vida real, donde la simpatía puede expresarse por palabras, ademanes y gestos adaptados, muy raramente se llora de piedad...

Más adelante continúa Dumas (1933a, pág. 340):

Por lo demás, la relativa oposición que vemos establecerse aquí, entre la reacción lagrimal y la reacción motora, se manifiesta para otras secreciones y otros movimientos.

El aspecto del pan seco —escribe Pavlov—, hacia el que el perro apenas se vuelve, provoca una abundante secreción de saliva, mientras que la carne, sobre la que se arroja ávidamente, a la vista de la cual trata de libertarse de su cadena, por la que rechina los dientes, no provoca a distancia ninguna actividad de las glándulas salivales. En esta experiencia encontramos así una manifestación de lo que en la vida del espíritu consideramos como un deseo; pero ese deseo se manifiesta únicamente por movimientos, y de ningún modo por la actividad de las glándulas salivales. Parece que estamos ante una ley general de antagonismo y sustitución. (Dumas, 1933a, pág. 340)

Tenemos aquí, claramente delineado, el fenómeno que Freud denominaba, en sus primeras formulaciones de la terapéutica psicoanalítica, derivación por reacción. La efusión de lágrimas adquiere así, a través de la interpretación de Darwin retomada por Dumas, el sentido de la derivación por reacción, de una descarga motora, de los afectos retenidos que buscan su camino hacia la acción.

Permanece sin embargo aún inexplicado el sentido específico de la efusión de lágrimas, el porqué y el significado de la elección de este camino particular para la expresión de determinadas emociones.

Darwin intenta una vía de explicación que es común encontrar en un gran número de trabajos acerca de la “interrelación” psicosomática. Consiste en intentar comprender a través de qué vías de asociación “somática” puede un órgano “secundariamente” convertirse en el efector de una fanta-

sía que “poco tiene que ver con él”, de una fantasía que le es inespecífica; una fantasía que en principio le es ajena y que, por lo tanto, no ha participado originalmente en la constitución de ese órgano.

El concepto de fantasías específicas (Chiozza, 1970n [1968]) nos exige el intento de penetrar más profundamente en la cuestión, nos exige tratar de comprender y describir lo que podríamos denominar las fantasías lagrimales. Sobre este punto volveremos más adelante.

## El significado “social” de la efusión de lágrimas

Dumas (1933a, pág. 331) ha escrito siguiendo el mismo modelo que informa el pensamiento de Darwin:

En las lágrimas existe una cuestión de pura fisiología: la de su mecanismo y de sus órganos.

Existe una cuestión de psicología: la de las causas psíquicas de las lágrimas.

Existe una cuestión de psicofisiología: la del mecanismo mediante el cual se ejerce la acción de las causas psíquicas sobre las glándulas lagrimales.

Finalmente puede preguntarse cómo y por qué hemos hecho de las lágrimas un lenguaje semiconvencional, cuya significación deberá ser analizada, y es casi una cuestión de psicología social; pero, como se verá, las respuestas que podemos dar a tales cuestiones están lejos de ser igualmente satisfactorias.

Aportando elementos para la descripción de este lenguaje y sentido social de la efusión de lágrimas escribe Dumas (1933a, págs. 341 y 344):

Refiriéndome a vuestras observaciones sobre las “lágrimas” utilizadas como signos, permitidme señalaros una categoría considerable de hechos que la confirman: aquella que los alemanes llaman, en general, *Tränengruss*, saludo por las lágrimas. A este respecto ha aparecido un excelente opúsculo del señor Friederici..., que contiene un buen número de hechos americanos (norte y sur) de ese género... Pero el hecho está igualmente comprobado en Australia, y en particular los australianos de Queensland. Uno de los mejores y más antiguos observadores de las tribus de los alrededores de Brisbane dice textualmente: “Las lágrimas, en los negros, eran tanto un signo de alegría como de pena. Cuando llegaban los visitantes a un campo se sentaban, y de las dos partes, las gentes se miraban unas a otras y antes de decir palabra comenzaban una especie de concurso de

alaridos, a manera de bienvenida”... En otras partes de Australia, parece que esta salutación mediante las lágrimas estaría más en relación con el ritual funerario. En esta forma, está muy generalmente extendido. Sería muy largo discutir sobre estos hechos. Pero permítidme formular mi hipótesis de conclusión: los ritos tienen como fin demostrar a las dos partes que se saludan, el unísono de sus sentimientos, que los hace parientes o aliados. El carácter colectivo, y a la vez obligatorio, de los sentimientos y de su expresión fisiológica, está aquí bien marcado, sin que haya esfuerzo o ficción, como en el caso de las plañideras neozelandesas o romanas.

El niño llora para atraer la piedad, para demostrar cuán digno es de la simpatía que se le testimonia, para hacerse condoler y mimar, para enternecer al cruel que le riñe, para atraer la simpatía de los espectadores y provocar su intervención. Los adultos lloran más bien para testimoniar su simpatía que para reclamar la del otro; dejan que sus ojos se humedezcan para expresar la piedad, la admiración, para parecer sensible a ciertas impresiones delicadas, y para fingir que experimentan todas las emociones que traducen las lágrimas. “Se llora –ha dicho La Rochefoucauld– para ser compadecido; se llora para tener la reputación de ser tierno... se llora para evitar la vergüenza de no llorar”... Y esta función social de las lágrimas es tan importante que priva sobre sus funciones espontáneas. Sin duda, algunas veces se llora en la soledad y por simples recuerdos, pero lo más frecuente es por que uno se dirige mentalmente a alguien y se representa mezclado con una escena de la vida social. (Dumas, 1933a, pág. 341)

Con respecto a la función “social” de las lágrimas, recordemos que la pena, en su primitivo significado, tal cual surge del estudio etimológico de la palabra, poseía el sentido de castigo y multa. La producción de lágrimas, al igual que la transpiración, consiste en una forma de relacionarse con el medio a través de una secreción externa líquida. Como todo lo que sale del cuerpo, adquiere el sentido de algo que se da u ofrece, así como el de algo que se pierde.

El significado de ofrenda o dádiva pasa a primer plano por el carácter valioso de este producto líquido que no engendra rechazo, que se distingue de otros productos corporales como el sudor, la orina o las heces.

Sin embargo, el valor simbólico de esta ofrenda no iguala al de la sangre, alimento del feto en el vientre materno; en parte también quizás debido a que, junto a los aspectos “altruistas” de la secreción de lágrimas, hay otros autorreparatorios para el organismo, que configuran lo que podríamos llamar los aspectos “término-cutáneos” de las fantasías lagrimales,

que implican la protección líquida del ojo, tal vez como transformación simbólica de la protección que recibe el feto a través del líquido amniótico y las envolturas prenatales.

En el caso de la efusión de sangre, en cambio, el significado de pérdida para el organismo, símbolo de sacrificio y expiación, es lo más sobresaliente, debido precisamente a su carácter de líquido valioso por excelencia para el mantenimiento de la vida, el cual, por otra parte, sólo es vertido en circunstancias excepcionales y dramáticas, no ya como una función fisiológica habitual.

Es interesante comprobar, en relación con este punto, que cuando a la efusión de lágrimas, o al sudor, se adscriben connotaciones de un sacrificio o sufrimiento extremos, se habla de “lágrimas de sangre” y también de “sudar sangre”. Recordamos aquí la frase de Churchill cuando pedía al pueblo inglés “sangre, sudor y lágrimas”.

Las emociones que típicamente provocan la efusión de lágrimas son aquellas que suelen describirse como reacciones de dolor o tristeza, con todas sus variantes y matices, aunque, como podemos ver en la prolija descripción de Dumas, una multiplicidad de reacciones tales como la risa, la cólera o la alegría son acompañadas por la efusión de lágrimas.

Si analizamos en términos de relaciones objetales inconcientes todas esas reacciones, podemos suponer que el sujeto que vierte lágrimas se encuentra frente a un objeto frustrador, idealizado, que niega o ha negado alguna gratificación, pero frente al cual no se ha perdido la esperanza de una transformación favorable, o de un reencuentro, en el caso de que la gratificación negada sea la presencia misma del objeto. La risa, la cólera, la alegría o el proceso de duelo pueden constituir entonces distintas transformaciones de esta vivencia melancólica básica.

¿Por qué, de nuevo nos preguntamos, surgen las lágrimas de nuestro cuerpo en el momento en que se actualiza una relación de objeto como la descripta? Hemos señalado ya el sentido de ofrenda o dádiva de esta conducta o fantasía inconciente que parece traducir, a nuestro entender, una intención de “ablandar la dureza” del objeto frustrador, pagando o expiando la culpa frente a este objeto idealizado, al cual se imita, al mismo tiempo, en su carácter dadivoso y fluente.

Casi no hace falta añadir que el objeto prototípico de estas fantasías contenidas en la efusión de lágrimas es el pecho que se niega y al cual se intenta transformar mediante la magia imitativa en gratificador. Como dice el refrán popular: “El que no llora no mama”.

No obstante las consideraciones precitadas, que interpretamos en términos propios de las fantasías orales, encontramos en las “lágrimas de

sangre”, y en los contenidos lagrimales que hemos denominado “término-cutáneos”, fantasías hepáticas y otras fantasías asociadas a la vida intrauterina, que enriquecen nuestra comprensión del contenido “social” de la efusión de lágrimas; es decir, nuestra comprensión en términos que aluden a las relaciones de objeto.

El estudio de las fantasías hepáticas –que incluyen la consideración de un vínculo “vampiresco” con la madre-placenta a través de las vellosidades coriales y también de las relaciones que existen entre la secreción biliar, la envidia y la esperanza (Chiozza, 1963a, 1998a [1963-1984])– enriquece la comprensión del contenido melancólico y amargo del llanto, las “lágrimas de hiel”.

El carácter ideal de los objetos frente a los cuales se llora se transforma durante el mismo llanto. Estos objetos se materializan en un proceso que comprende un duelo de carácter primario (Chiozza, 1963a) frente a la inevitable pérdida de algunos contenidos ideales durante la materialización de otros. Podemos suponer que la efusión de lágrimas es al mismo tiempo un símbolo de estos procesos hepáticos.

## La patología del llanto y el catarro

Antes de proseguir nuestro estudio de las fantasías lagrimales, intentando profundizar cada vez más en la búsqueda de lo específico de estas fantasías, nos ocuparemos brevemente de otro aspecto que ha de brindarnos un nuevo ángulo de observación.

Distintos autores han señalado que el llanto que no es vertido por los ojos, el llanto “reprimido”, puede aparecer en forma de diferentes exudados, como ocurre en la urticaria, el asma, la coriza o el catarro de distintos órganos. Elegiremos algunos ejemplos, sin establecer una justa valoración del mérito original que corresponde a cada cita bibliográfica.

Ferrari Hardoy (1948) encuentra que tanto en el asma como en la rinitis espasmódica y el resfrío común hay una base psicológica similar, que él define como una reacción angustiosa al temor de la pérdida del cariño materno, que se da cada vez que aparece una situación traumática semejante y *se reprime la consecuente tendencia a llorar*.

Weizsaecker (1946-1947), presentando un caso de asma bronquial, elabora una tesis semejante según la cual el llanto “inhibido” en su descarga lagrimal y en su descarga vocal, se internaliza en el aparato respiratorio y se descarga a través del espasmo bronquial (que dificulta especialmente la espiración) y del exudado que se vierte en los alvéolos pulmonares.

Berenstein y Saul (1941) relatan un caso en que una joven con intensos anhelos de amor, pero incapaz de satisfacer estos deseos mediante una relación sexual normal, desarrollaba urticaria en las oportunidades en que sus anhelos eran especialmente estimulados y frustrados. Se estudiaron doce ataques, ocho de ellos en relación con sueños que terminaban en el margen de la frustración. Especialmente había un sueño repetido donde trataba de alcanzar a una persona u objeto que se le escapaba de la mano. *Este sueño era seguido de llanto cuando no de urticaria*. La urticaria aparecía cuando el llanto era retenido y a menudo cesaba cuando la paciente lloraba.

Observaciones similares hemos leído en otro estudio sobre rinitis (Wolf, 1966). El sujeto a quien se le hablaba de situaciones penosas de su vida retenía las lágrimas, pero esto le producía un ataque de rinitis con enrojecimiento y congestión de la mucosa nasal. Esta sintomatología cedía al poco rato, cuando se cambiaba de tema.

No nos hemos detenido a estudiar por qué algunos sujetos hacen una “localización” en la piel, otros en la mucosa nasal y otros en los bronquios, de este “catarro”, de este “fluir” que configura específicamente una “fantasía exudativa”. Sólo queremos señalar que estas y otras “localizaciones” son “vías patológicas” de las lágrimas, que han adoptado así la forma “general” de la exudación. Podemos decir que estos órganos se han cargado de una libido específica “lagrimal”, indefinida todavía, que se “suma” a su propia fantasía exudativa, excretoria o secretoria. Hay pues una patología del llanto, que aparece cuando por algún motivo no se llora, y las lágrimas, inhibidas, toman un camino vicariante<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> En ocasión de la presentación de estas ideas en la sede del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, el doctor J. E. Nollmann se refirió a dos casos de glaucoma “en sujetos ambos con gran dificultad para descargar su aflicción, pena o desesperación por medio del llanto”. Citó extensamente el poema de Tennysson, *El guerrero muerto*, donde el contenido anteriormente mencionado en relación con la patología del ojo aparece con una claridad y belleza de expresión muy significativa.

Fundamentando la relación entre glaucoma y retención de lágrimas recordó además la acción “glaucomatosa” de la atropina, que inhibe también la secreción de lágrimas, y la acción disminuidora de la presión intraocular de la pilocarpina, que favorece por su parte la secreción lagrimal. Mencionó también que el bicarbonato de sodio, según se considera actualmente, desempeña un importante papel en la etiopatogenia del glaucoma al quedar retenido en el globo ocular, lo cual, en opinión de Nollmann, resulta significativo en el mismo sentido, si tenemos en cuenta que el bicarbonato de sodio es uno de los componentes esenciales de las lágrimas.

El sudor que, enfriándola al evaporarse, protege a la piel de los cambios de temperatura, o las lágrimas que “envuelven” y protegen la cara anterior del ojo, pueden quizás ser considerados como “herederos” del líquido amniótico que envuelve y protege al feto. Pero esta cualidad de los seres vivos, que se manifiesta en la facultad de emanar líquidos, ya sea elaborados como secreciones o simples vehículos que le permiten excretar los productos de desecho, parece ser de naturaleza tan primaria como para configurar una fantasía “general y común”, “exudativa”, de la cual derivarían nuevas y diferentes fantasías específicas, entre las cuales cabría suponer a las lagrimales.

Hemos visto que las lágrimas pueden representar a otros líquidos del organismo; puede haber lágrimas de sangre o lágrimas de hiel. También la leche, el semen, los jugos gástricos, la orina, etc., pueden ser representados por la secreción lagrimal. Se habla de las lágrimas que fecundan la tierra; se habla de lágrimas que queman; hemos visto también que el que llora imita el carácter fluente del pecho. Todo esto es “inespecífico” de la lágrima; la libido oral, hepática o renal, puede erotizar con sus propias fantasías el aparato lagrimal, que pasa así a representarlas mediante su secreción.

Vemos ahora que cualquiera de los líquidos fluentes del organismo, aun siendo de naturaleza tan primaria como un catarro, un exudado o un trasudado, puede a su vez representar al llanto, puede quedar erotizado con esa libido lagrimal cuya especificidad no podemos describir todavía. Si quisiéramos utilizar un modelo propio de Freud, diríamos que la libido lagrimal toma un camino regresivo hacia el núcleo común “exudativo”, que la vincula con cualquier otra secreción del organismo<sup>20</sup>.

Llegamos así al aspecto “acuoso” del llanto. Suele decirse que las emociones penosas pueden resolverse a través de las lágrimas. “Resolver”, “disolver” y “absolver” poseen un núcleo común, el “solvente” que constituye la “solución”. Esto permite intuir la importancia que adquiere el aspecto “acuoso” de las lágrimas. “Disolver” (Real Academia Española, 1950) significa “desatar”, “desunir”, “romper lazos existentes”. Este des-enlace logrado a través de las lágrimas parece constituir un adecuado símbolo de la “disolución de los complejos” o asociaciones indebidas entre las representaciones, de la destrucción de la “falsa conexión” por transferencia, de la separación de los objetos que constituye el duelo, de la absolución de la culpa a través de la pena.

<sup>20</sup> Dice Groddeck: “Tienes mucosas en el intestino y en otras partes también las tienes. En lo sucesivo tu eyaculación será una diarrea, será expectoración, resfrío, transpiración de las axilas y, sobre todo, orina” (Groddeck, 1923, pág. 236).

## El significado visual de las fantasías lagrimales

Algo hemos progresado en nuestro intento de comprender “lo específico” de las lágrimas, aunque nos falta aún lo principal, el sentido que posee su conexión con el ojo.

Dumas comenta al respecto, cuando habla de la derivación por reacción de la emoción retenida: “Lo que sigue siendo un misterio es la razón por la cual la derivación se hace sobre las glándulas lagrimales, en lugar de hacerse sobre otras glándulas. Las explicaciones de Wundt son pura fantasía; las de Darwin (citadas anteriormente) son tal vez un poco más verosímiles, pero aún muy cargadas de hipótesis, y nuestra ignorancia sobre este punto especial es lo que permitía al fisiólogo Landois escribir hace más de cuarenta años: ‘La causa del abundante flujo de lágrimas en las emociones morales no es conocida’” (Dumas, 1933a, pág. 340).

Veamos esta “pura fantasía” de Wundt. Fue para nosotros un hallazgo, ya que coincide bastante exactamente con nuestra propia “fantasía”, anterior a nuestro conocimiento de Wundt (1886, págs. 479-480), acerca de la cuestión:

La inervación persistente de las glándulas lagrimales aleja los peligros con los cuales esta acción (la acción de las emociones más profundas del alma) amenaza al sistema nervioso; y como toda excitación dirigida hacia el exterior, entraña una derivación y una resolución de la tensión interna, que ha alcanzado un nivel alto. En tanto secreción, ella ejerce sobre la emoción únicamente esta acción resolutoria, y no la acción fortificante que, según las circunstancias, puede corresponder a los movimientos musculares. ¿Cómo es que las glándulas lagrimales cumplen este rol de órganos derivadores, que calman el dolor? Esta cuestión es más ardua. Puede ser que esto se vincule con la importancia que las representaciones visuales tienen para la conciencia humana. Las lágrimas son en principio una secreción, que está destinada a proteger el ojo contra injurias mecánicas. Gracias a la efusión de lágrimas, que se produce por vía refleja, el ojo se libra de los cuerpos extraños, tales como el polvo, los insectos, etc... Ahora bien, nuestro tercer principio (principios generales de los movimientos expresivos) nos enseña que algunos movimientos, primitivamente provocados por el estímulo irritativo de determinadas sensaciones, pueden luego ser provocados por representaciones, que ni siquiera es necesario que se den en la intuición sino que basta con que produzcan sobre la conciencia un efecto análogo al de aquellas sensaciones. La efusión de lágrimas sería entonces entendida como un efecto de representaciones visuales llenas de tristeza, que gradualmente se ha transformado

en manifestaciones del dolor... y gracias a la acción de la herencia se habría convertido en una modificación directa de la inervación... Sin embargo, estos movimientos de expresión no son –al igual que los instintos– cabalmente explicados, si se los considera solamente como hábitos hereditarios. Cada hábito se basa en una causa psicológica que se vincula con uno o con varios de los principios de expresión aquí estudiados; y la misma causa que hubo engendrado primitivamente el movimiento seguirá teniendo efecto en cierta medida cuando vuelve a reproducirse... Los gestos... están siempre ligados a afectos determinados de la sensibilidad.

Expondremos ahora lo esencial de nuestra tesis.

Freud y Breuer, en “El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar)”, expresan: “Hemos de afirmar más bien que el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño; que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él” (Freud y Breuer, 1893a, págs. 26-27). Más adelante, en su *Estudios sobre la histeria*, Freud relata el caso de una señora para quien “la labor de reproducción... desarrolla nuevamente ante sus ojos... las escenas de la enfermedad... Cada día vive de nuevo una de tales impresiones, la llora y se consuela...”; luego, refiriéndose al mismo caso y a la derivación por reacción de los afectos retenidos, añade: “...su viva reproducción visual y sus manifestaciones afectivas coinciden exactamente con la fecha de la desgracia. De este modo, un día que la encontré llorando amargamente, le pregunté qué le ocurría y obtuve la siguiente respuesta: ‘A mí, nada. Pero en tal día como hoy fue cuando el médico nos dio a entender que no había ya esperanza ninguna. Por entonces no tuve tiempo de llorar’. Se refería a la última enfermedad de su marido, muerto hacía tres años” (Freud y Breuer, 1895d, pág. 93).

Para Freud y Breuer (1893a) el llanto constituye una de las formas de derivación por reacción del afecto ligado a las “reminiscencias” por las cuales el histérico sufre, y que deben ser “desgastadas” para poder ser olvidadas de una manera normal. En los casos leves, el llanto puede sustituir a la palabra o al acto, más eficaces, en la tarea de derivar por reacción los recuerdos traumáticos que actúan como cuerpos extraños.

Unos quince años después Freud (1917e [1915]) escribió “Duelo y melancolía”. Ya en la “Introducción al narcisismo” (Freud, 1914c), escrito por la misma época, se había ocupado de los objetos ideales, intrapsíquicos, capaces de recibir la transferencia de las cargas instintivas que primitivamente investían al yo. En “Duelo y melancolía”, el vínculo con estos

objetos internos ideales aparece como una fase importante de la labor de duelo y de los trastornos que configuran la melancolía.

Lo que nos interesa destacar en este momento es que, según lo postulado por Freud, en el doloroso proceso a través del cual se intenta elaborar la pérdida de un objeto, ocurre la sobrecarga de los recuerdos “antes” de que estos recuerdos, imagos u objetos internos, puedan ser abandonados por la libido que, luego de regresar al yo, se dirige otra vez hacia nuevos objetos.

La coincidencia entre esta postulación que Freud realiza acerca de la sobrecarga de los recuerdos en “Duelo y melancolía” (Freud, 1917e [1915]) y su antigua formulación en “El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar)” (Freud y Breuer, 1893a) arroja una luz esclarecedora sobre el proceso de elaboración de los “complejos” o ligámenes inconcientes entre un grupo de representaciones que adquieren, en determinadas circunstancias, capacidad patógena.

La vinculación entre el llanto, el duelo y la melancolía no necesita mayor comentario y nos permite comprender desde un nuevo ángulo la similitud entre el mecanismo de secreción de las lágrimas y el mecanismo de secreción salival. La vinculación entre las lágrimas y el olvido, en cambio, menos evidente, surge cuando profundizamos en el estudio del tema. En *La divina comedia* (Alighieri), Beatrice dice:

*Alto fato di Dio sarebbe rotto,  
Se Leté se passasse e tal vivanda  
Fosse guastata senza alcuno scotto  
Di pentimento che lagrime spanda  
(Purgatorio, XXX, 142)<sup>21</sup>*

Aunque el acento de la poesía queda centrado en el arrepentimiento y la pena o multa que las lágrimas representan –pagar “*lo scotto*” significa en italiano pagar la cuenta de la comida y también descontar una pena redimible con multa–, la circunstancia de que el Leteo sea el río del olvido vincula a las lágrimas con la desaparición o gasto de los recuerdos penosos.

El estudio etimológico de la palabra “recordar” (Corominas, 1961) demuestra que, en su sentido primitivo, re-cordar significa “volver al corazón”. Las huellas mnémicas *reactivadas* se representan en forma de recuerdos. Pero el recuerdo posee una importantísima relación con el órgano

<sup>21</sup> Alto designio de Dios se transgrediría, / si el Leteo se atravesara y esa comida / fuera gastada sin pagar la cuenta / vertiendo lágrimas de arrepentimiento.

de la visión. Arnaldo Rascovsky (1960), apoyándose en algunas formulaciones de Freud acerca del carácter “plástico” de las representaciones inconcientes, sostiene que las huellas mnémicas inconcientes son “en sí mismas” visuales. Aun sin compartir esta tesis, si pensamos en lo postulado por Freud acerca del llamado “lenguaje del órgano” cuando afirma que “la relación del contenido con un órgano del soma llega a arrogarse la representación de dicho contenido en su totalidad” (Freud, 1915*e*, pág. 1065), podemos suponer que la relación entre los recuerdos y las imágenes visuales es lo suficientemente estrecha como para que estas imágenes visuales puedan arrogarse la representación de los recuerdos.

En las palabras de Freud anteriormente citadas podemos ver esta representación visual de los recuerdos cuando dice: “...desarrolla nuevamente ante sus ojos... las escenas de la enfermedad”, y más adelante añade: “...su viva reproducción visual” (Freud y Breuer, 1895*d*, pág. 93).

Es fácil deducir entonces que si las imágenes visuales constituyen una muy adecuada representación de los recuerdos, el proceso de olvidar, no en el sentido de represión, sino especialmente en el sentido de desgastar las reminiscencias, pueda quedar adecuadamente simbolizado o actuado a través del proceso de “borrar” o disolver imágenes visuales. El duelo por estos aspectos visual-ideales, los recuerdos, constituye así un duelo primario por aquello que no se ha logrado materializar.

Llegaríamos así por fin a una idea de la lágrima que contiene lo que podemos denominar una fantasía específica. Constituye una interpretación de por qué determinadas fantasías, que se descargan a través de aspectos motores (derivación por reacción) y aspectos “exudativos-secretorios” (la re-solución de los “cuerpos extraños” y la entrega de la pena o “multa”), encuentran en las lágrimas y su estrecha vinculación con el ojo su representación o su “exutorio” más adecuados.

La efusión de lágrimas configura pues una descarga motora, lo mismo que el sollozo y los lamentos o gritos que forman parte del llanto. Configura además una fantasía “exudativo-secretoria” que la mancomuna con la efusión de cualquier otro líquido del organismo y a través de la cual se obtiene el des-enlace de los complejos y la ab-solución de la culpa en esta “purificación a través de las aguas”. Pero el aspecto que podemos considerar específico de la efusión de lágrimas, la razón por la cual una determinada derivación se hace sobre las glándulas lagrimales, hemos de verlo básicamente relacionado con la circunstancia de la representación de los recuerdos a través de las imágenes visuales.

Mediante la efusión de lágrimas el ojo “echa fuera” los “cuerpos extraños” constituidos por esas imágenes visuales displacenteras. Esto nos

permite vincular las fantasías “exudativo-secretorias” con las específicamente “visuales”, y arrojar una nueva luz sobre el contenido “alérgico” de algunos “llantos vicariantes” como el asma, la coriza o la urticaria.

Si tenemos en cuenta que además de mantener húmedas la córnea y la conjuntiva, la función de las lágrimas consiste en “arrastrar” los cuerpos extraños que se depositan en la cara anterior del ojo, podemos concluir en que, a través de las lágrimas, se intenta “borrar” y “re-solver” las imágenes visuales, ideales, los “*puntos luminosos internos*”, que configuran las “reminiscencias” traumáticas de las cuales el sujeto padece<sup>22</sup>.

Hemos dejado para el final el mayor de los interrogantes. Hemos visto que la efusión de lágrimas, tal como ocurre en el llorar, es, como la expresión de su afecto, una representación de fantasías que podemos traducir al lenguaje. Esta “traducción” permite comprender el significado que la efusión de lágrimas posee en función de la interioridad del ser vivo. Pero: ¿puede esta traducción “deshacer el acto” de llorar y cambiar o convertir, ante la misma pena, las lágrimas en palabras? En teoría debe ser así, pero la experiencia dirá “la última palabra”.

Tenemos pues “una idea de la lágrima”: es una gota que intenta borrar o disolver a su idea genitora. Esta idea genitora, borrada y re-suelta, que la lágrima “contiene”, constituye su “luz” y su “color”, “la razón de ser” de su existencia como parte del llorar, lo que “podemos ver” en ella, recuerdos que se están borrando, reminiscencias que se resuelven, y esta visión configura en nosotros “una idea de la lágrima”.

<sup>22</sup> El que suceda de este modo parecería marcar un límite, en alguna región de lo inconciente, en la capacidad de discriminación entre lo que está en el campo visual como recuerdo traumático y lo que está en la superficie física del ojo como cuerpo extraño. Ejemplos de una tal limitación –implícita en la idea de “mundo perceptivo” de Uexküll (1934)– en la capacidad de discriminar de los organismos con respecto al medio y a los sistemas de los cuales forman parte, no faltarán seguramente. Basándose en una experiencia conocida, suele afirmarse popularmente que un sapo al que se le coloque en la boca un cigarrillo encendido “fumará” hasta reventar. Es fácil colegir que ese “fumar” del sapo ha de ser un intento infructuoso de obtener oxígeno a partir de una conducta equivocada que deriva de un conocimiento insuficiente.

---

**LA INTERIORIDAD DE  
LOS MEDICAMENTOS**

---

(1969)

Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld  
y Jorge Pantolini

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1969b) “La interioridad de los medicamentos”.**

## Ediciones en castellano

*Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 139-145.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 81-86.

Con un Apéndice A<sup>23</sup> y un Apéndice B se publicó en:

---

<sup>23</sup> {El contenido del Apéndice A correspondía a algunos párrafos extraídos de un prólogo a la presentación conjunta en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática de este trabajo y el siguiente en este tomo, “Opio” [I] (Chiozza y colab., 1969c), en 1969. Este texto fue incluido como comienzo de “La interioridad de los medicamentos” (Chiozza y colab., 1969b), en las ediciones de 1984, cuando fue publicado como primer apartado en Opio [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]) –éste incluyó, además, como segundo apartado, “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática”, trabajo de 1983, luego publicado independientemente (Chiozza, 1995o [1984]), OC, t. V; y, como tercer apartado, “Opio” [I]–, y de 1998, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Reproducimos aquí esos párrafos introductorios de los tres trabajos reunidos en “Opio” [II]:

La idea medular de estos trabajos proviene de estructuras teóricas emanadas de distintas ciencias. La dificultad principal para captar lo esencial de esa idea (y sus consecuencias en el ejercicio de la medicina) reside en que estamos consustanciados con las habituales nociones “lógicas” del espacio, el tiempo, la materia, la idea, la energía, la vida, la conciencia, lo psíquico y el individuo, que constituyen la base conceptual, generalmente latente, y hasta hace poco incommovible, de nuestra cultura. Es necesario tener esto en cuenta para no confundir el pensamiento que exponemos aquí con un ingenuo retorno al animismo primitivo.

La teoría que proponemos en parte se nutre, y en parte confluye, con los conceptos de materia, energía, espacio y tiempo en un continuo cuatridimensional, postulados a partir de Einstein, con la aplicación de la teoría fisico-matemática de campo a los fenómenos social-psicológicos y de percepción extrasensorial realizada por Wasserman, con el concepto de interioridad formulado por Portmann, con la interpretación de la zona limítrofe entre lo vivo y lo no vivo realizada por Schrödinger, con el manejo de la comunicación y la teoría de la información en la cibernética creada por Wiener, con el concepto de ello como capacidad creadora de formas elaborado por Groddeck, con la

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 167-176.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Con los apéndices incluidos en el texto se publicó en:

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 153-160.

### **Traducción al italiano**

“L’interiorità dei medicinali”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 134-141.

Este artículo se incluyó como primer apartado de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).

---

noción de genio medicamentoso fundada por Hahnemann y con el contenido “social” de la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto.

Mencionamos esas teorías, que conocemos de manera parcial e incompleta, porque nuestro interés en el psicoanálisis nos conduce hasta el punto en que nuestra ciencia confluye con los aportes de otras disciplinas.

La idea medular lleva en su esencia la afirmación de que *toda interpretación*, sea, o no, psicoanalítica, sea verbal, preverbal, o “psicodramática”, *es o se manifiesta como una sustancia “medicamentosa”* y, a la vez, como un campo genético que quizás, algún día, se pueda formular matemáticamente. Análogamente, *los actos terapéuticos* más diversos, por ejemplo quirúrgicos o fisioterápicos, tanto como *las sustancias* medicamentosas, alimenticias, tóxicas, enzimáticas u hormonales, constituyen fantasías genéticas y específicas, “códigos de información”, “unidades” discretas de una energía cualitativa que se manifiesta de manera potencial o cinética, estructuras que *son interpretaciones capaces de un efecto mutativo cuya índole es en última esencia similar al efecto de una formulación verbal psicoanalítica lograda*.

Encontramos en el pensamiento de Freud un antecedente parcial para estas ideas, cuando pronostica que llegará un día en que los progresos de la química y de la biología harán posible hallar las sustancias que permitirán influir en los procesos estudiados por el psicoanálisis. }



El concepto de lo psíquico plantea innumerables problemas en cuanto a sus posibilidades de aplicación en los diferentes desarrollos, especialmente en los más primitivos, de la organización biológica.

Pero hay algo que hace de todo ser vivo lo que ese ser es, un ámbito subjetivo no espacial, que presuponemos presente aun en los organismos más primitivos, y para denominar el cual, evitando una estéril polémica acerca de lo anímico, preferimos utilizar el término “interioridad” propuesto por el biólogo Adolf Portmann (1954).

Schrödinger (1944), desde el campo de la física teórica, ha intentado definir las estructuras que constituyen la frontera entre lo vivo, lo animado, y lo inorgánico, inanimado. Según nos muestra Schrödinger, no existe una neta solución de continuidad, más fácil de concebir en la teoría o más fácil de extraer de la tosca evidencia cotidiana que de la microestructura de los hechos biológicos y físicos estudiados a la luz de una prolija formulación teórica.

Desde un ángulo totalmente distinto, Wiener (1964), el creador de la cibernética, sostiene que es conceptualmente imposible distinguir entre un cierto tipo de máquinas modernas y los seres que poseen las cualidades de la vida<sup>24</sup>.

Puede pensarse que lo vivo y lo no vivo son diferentes, y que es sólo la imperfección de la teoría del aparato para pensar que el hombre posee, o la imperfección del instrumento que registra las cualidades de los hechos, aquello que nos lleva a confundir los límites de lo vivo y lo no vivo, llamado inanimado.

Pero ¿qué sentido tiene semejante pregunta? Digámoslo con un ejemplo: podemos decir que una palmera pertenece al reino vegetal y que un

---

<sup>24</sup> Este tema ha sido retomado recientemente por Hofstadter y Dennet (1981) y desarrollado extensamente.

elefante pertenece al reino animal, pero, cuando se trata de una bacteria, ¿resulta pertinente afirmar que no podemos descubrir a qué reino pertenece? Parece mucho más sensato convenir en que los conceptos animal y vegetal han sido creados a partir del elefante y la palmera, y sin tener en cuenta ese fragmento de realidad representado por la bacteria; son pues conceptos impertinentes a la bacteria. De la misma manera, una molécula de aquella nucleoproteína que contiene una determinada información genética, y que posee una constitución química similar a la de los virus, nos enfrenta con un dilema semejante y nos lleva a replantear el concepto de lo vivo.

El ánimo o alma, que fuera característica esencial de lo vivo, se ha ido transformando insensiblemente, *sin solución de continuidad alguna*, en un “frío” y “mecánico” código de información que, como un virus, puede “in-jertarse” y es capaz de “nacer”, “crecer”, “reproducirse” y “morir”, creando en todo momento su “propio e indeterminado” programa de trabajo, lo cual, por supuesto, tiene cada vez menos de frío y de mecánico.

Las sustancias llamadas inanimadas, entre las cuales se encuentran los medicamentos, también deben poseer, en forma de una *fantasía específica*, la “interioridad” que atribuye Portmann a los seres vivos (Chiozza, 1970 [1968]). Esto se parece de una manera indeseada al animismo primitivo, que es un producto del pensamiento mágico; pero si tenemos en cuenta los nuevos desarrollos de la ciencia y sus consecuencias teóricas, esta semejanza con el pensamiento primitivo es sólo aparente.

Hoy podemos replantearnos preguntas que la ciencia, a fuerza de constatarlas de una manera pragmática, mediante una evidencia intuitiva, llegó a abandonar como inoperantes. Pero las condiciones han cambiado, y eso permite sospechar que ya han dejado de ser inoperantes. Podemos preguntarnos: ese trozo de lo vivo que constituye el alimento, la hormona, el medicamento, ¿deja de estar vivo por ser sólo un trozo de lo vivo? Aquello que llamamos sustancias orgánicas –derivadas del carbono–, ¿es algo que supone lo no vivo? Y aun las sustancias inorgánicas, ¿suponen lo no vivo? ¿Dónde se deshace la “interioridad”? ¿Dónde deja de estar? Y esos trozos que contienen por lo menos “algo” de “interioridad”, ¿pueden inyectarse o transferirse a otras interioridades? Tal vez haya llegado el momento de preguntarse: ¿qué es esta “interioridad”<sup>25</sup>?

<sup>25</sup> Desde la época de la publicación original de este trabajo, 1969, *Mind and nature*, de Bateson (1979), y *L'esprit cet inconnue*, de Charon (1977), aportaron, años antes de que la existencia de los virus de computadora motivara reflexiones semejantes, nuevas construcciones teóricas que pueden enriquecer este tema. Bateson establece una lista de criterios que permiten, a su juicio, sostener que un agregado o sistema particular puede ser considerado como psíquico. Son los siguientes: 1) La psiquis (*mind*) es un agregado o interacción de partes o componen-

Sostenemos que aquello que denominamos cuerpo, órganos, tejidos, células, o más simple y generalmente la existencia material del ser vivo, constituye,

tes. 2) La interacción entre partes de la psiquis es desencadenada o “gatillada” por diferencias (la diferencia es un fenómeno no sustancial, no localizado en el espacio ni en el tiempo, que se relaciona con la negentropía y con la entropía más que con la energía). 3) El proceso psíquico requiere energía colateral. 4) El proceso psíquico requiere cadenas de determinación circulares o más complejas aún. 5) En los procesos psíquicos los efectos de la diferencia han de ser considerados como transformaciones (por ejemplo, versiones codificadas) de eventos que los preceden. (Las reglas de tales transformaciones deben ser comparativamente estables, más estables, por ejemplo, que su contenido, pero ellas mismas están sujetas a transformación.) 6) La descripción y clasificación de estos procesos de transformación muestran una jerarquía de tipos lógicos immanentes en el fenómeno. Insistamos aquí en que Bateson encuentra, siguiendo estos criterios, sistemas psíquicos transindividuales en los más variados interjuegos de la vida. Ya en *Pasos hacia una ecología de la mente* (Bateson, 1972) encontramos una lograda “metáfora” donde Adán, Eva, Dios y el Paraíso ejemplifican o representan propiedades o características de un ecosistema. Charon sostiene que lo psíquico puede ser equiparado al universo de la antimateria y que los electrones, como “agujeros negros” similares a los de ciertas estrellas enanas en las cuales la gravedad es tan intensa que ni siquiera permite que la luz escape a su fuerza, son los puntos limítrofes entre ambos universos. En el universo “normal” opera el segundo principio de la termodinámica, según el cual la entropía, equiparable al desorden y la degradación de la información, es creciente, y la negentropía, por lo tanto, decreciente. En el antiuniverso, en cambio, el orden o negentropía es creciente, y la información, por consiguiente, no se degrada jamás. Este antiuniverso, en el cual el espacio es irreversible (pues nada de lo que recorre la dirección de “entrada” puede “volver” a salir) y el tiempo es reversible (puesto que, al contrario de lo que observamos en la vida cotidiana, un jarrón roto en mil fragmentos, es decir “desordenado”, tiende a reorganizarse espontáneamente a partir de ellos), es equivalente al universo de lo psíquico, en el cual la información tiende continuamente a enriquecerse.

Tanto uno como otro autor se acercan así, desde distintos ángulos, a los conceptos que aquí sostenemos, simbolizados en la metáfora con la cual finaliza este artículo. Citemos, además, las siguientes palabras de Raymond Ruyer: “En el hombre el cerebro es un área orgánica que permanece indefinidamente en el estado de esbozo embrionario, de manera que pueda reproducir, sin comprometerse orgánicamente, órganos externos, útiles y máquinas, mientras que los otros esbozos embrionarios se diferencian en el lugar, irreversiblemente, en órganos internos. Que el esbozo cardíaco devenga corazón, o el esbozo nervioso, cerebro, no es un fenómeno diferente de aquel por el cual el cerebro adulto es, a su turno, una especie de esbozo para la realización, en técnica externa, de bombas industriales o de máquinas de calcular, según un estado ya dado de la cultura humana, del mismo modo que la embriogénesis de los órganos y de los aparatos orgánicos se opera según el estado alcanzado por la técnica interna, según la fase lograda por la ‘cultura’ orgánica” (Ruyer, 1974, págs. 160-161). {El contenido de esta nota corresponde al Apéndice B escrito para la edición de este artículo en 1980, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar* (Chiozza, 1980a).}

desde otro ángulo de observación y “al mismo tiempo”, una fantasía específica. Por específica queremos significar propia de una determinada y particular realidad material. Es decir que puede ser distinta de otra, que su conexión con aquello que llamamos lo material es propia y particular. La idea o fantasía específica es aquello *inherente*, inseparable de una determinada materia, en cuanto ambas se constituyen recíprocamente o dependiendo de un mismo proceso.

Desde este punto de vista, química, física, biología y psicología vendrían a confluír en un enfoque estructural en donde “la configuración de una estructura” es la fantasía que en un ser vivo se manifiesta groseramente como ese ámbito subjetivo que Portmann llama la “interioridad”.

Estamos acostumbrados a decir que el hombre proyecta o transfiere fantasías sobre los alimentos y sobre los medicamentos. Pero además de estas fantasías proyectadas que “revisten” los objetos, por decirlo así, con la imago de un pecho bueno o un pecho malo, y que pueden incluso *transformar esos objetos en su misma intimidad*, existe esa *intimidad del objeto*. La fórmula química de una sustancia es una configuración, y esa configuración o fórmula la distingue en el *carácter* de su acción, en su *conducta*, constituye su “alma”. Esa fórmula “vive” y se transforma en su contacto con otras fórmulas que constituyen su mundo “social”. “Afuera” o “adentro” de aquello que denominamos hombre, planta o animal son términos que poco significan si miramos al mundo con el anteojo de la química.

Ser ingerido, metabolizado, excretado, fijado a los tejidos, son vicisitudes en la “vida” de un alimento, de un tóxico o de un medicamento. Su identidad suele transformarse entonces tan completamente como para que sea necesario y útil cambiar el nombre en los diversos estados de esos procesos.

En el lenguaje habitual utilizamos a veces *los mismos términos* para hablar de aquello que se considera vivo y de aquello que se considera inanimado. Así ocurre por ejemplo con el término “identidad”, o con “el nombre”, o con “el carácter”, que se aplican tanto a un sujeto como a una sustancia.

Aquello que llamamos alimentación, intoxicación, terapéutica, constituye, desde este nuestro punto de vista, una interrelación entre “dos” interioridades que en nada se diferencia, enfocado desde este ángulo, de lo que ocurre cuando “dos” interioridades se unen en un campo transferencial-contratransferencial. En este último caso, la “fórmula” de interrelación suele adquirir la manera que denominamos formulación de una interpretación.

Esta nueva “fórmula”, la interpretación, nacida desde el “metabolismo” del analista, también constituye una estructuración configuracional, una interioridad que, “separada” de la interioridad que la produce, ingresa en la interioridad que la recibe, el paciente. Allí se combina, se transforma y constituye así otra nueva fórmula *—jun derivado!*—: la interpretación que hace el paciente de

la interpretación del médico. Hemos simplificado *ex profeso* las cosas al suponer a las interioridades interrelacionadas pero funcionando separadamente; en otro lugar estudiamos la estructuración del campo transferencia-contratransferencia como una “doble” –múltiple– interioridad (Chiozza, 1970/ [1968]).

¿Pero el suero antidiftérico no es, por decirlo así, la “interpretación” como un producto de la “contrarresistencia” que hace el caballo para su propio uso, frente a la “transferencia” del bacilo diftérico? Esta “formulación equina” de la interpretación, convertida en sustancia medicamentosa, *puede ser recetada por un médico que sólo conozca los síntomas “externos” de la difteria y aplicada exitosamente por un enfermero que ni siquiera necesita saber eso.*

El caballo, desde la intimidad de su interioridad, ha “formulado la interpretación” que el hombre ha sabido provocar, descubrir y aislar para su propio provecho, aun sin comprender del todo su íntimo contenido. De una manera semejante, un estudiante de una escuela elemental puede utilizar exitosamente, como si fuera una fórmula mágica, sin comprender su contenido, la fórmula  $2\pi \times r$ , que comunica a quien la entiende la constancia de las relaciones entre el radio y la circunferencia.

Formular esa relación entre el radio y la circunferencia exige la actividad determinada (en este caso conciente) de una interioridad que, como en el caso del caballo, *experimentó un proceso y formuló*, y exigió el producto de la evolución de siglos en la mente del hombre. Pero análogamente a lo que ocurre con la morfina, esta formulación puede ser utilizada exitosamente por el hombre incapaz de crearla. Cada uno de nosotros puede utilizar un teléfono, una regla de cálculo, una IBM, o “consumir” una ampolla de digital, sin comprender la teoría necesaria para su realización (tanto sea en la fábrica como en la planta vegetal) o implícita en su funcionamiento.

Pensamos que el farmacólogo, acostumbrado a manejarse con “funciones” químicas cuyo “carácter” llega a conocer, es capaz de sintetizar “intuitivamente” nuevos *derivados* cada vez más eficaces, de una manera que se nos antoja semejante a la creación, por parte del analista, de representaciones sustitutivas cada vez más adecuadas que llamamos interpretaciones.

Considerarlo así nos permite poner en duda el que la represión implícita en una prescripción medicamentosa y llamada habitualmente supresión del síntoma, sea *en principio y en teoría* más dañosa que la interpretación psicoanalítica, ya que siendo el efecto en cierta forma semejante, lo único que diferencia desde este punto de vista la acción farmacológica de la acción psicoanalítica es que en la primera la acción suele ser única o por lo menos *estereotipada*, y en esta última existe una permanente apertura del campo y una reforma continua del *agente* terapéutico.

Resulta tentador pensar para un futuro en la existencia de un laboratorio “psicoanalítico” capaz de sintetizar continuamente “sustancias-interpretaciones” capaces de transformar la enfermedad en manos de quien no comprende su interioridad, y prescritas por aquellos que fueran capaces de comprender solamente los sutiles matices de sus síntomas “externos”.

El “hombre” psicoanalista es hoy ese laboratorio, e ignoramos todavía si algún día podrá “externalizarlo” y “disociar” de esta labor la “prescripción” y “aplicación” del remedio.

Queremos terminar con una metáfora, que hemos construido inspirados en *Las ruinas circulares* de Borges (1957a), aunque sólo nos sirva para enriquecer la fantasía.

*Pensaron...*

*Pensaron que un dios llamado Marciano fue creando, como producto de una lenta evolución, las máquinas mineral, vegetal, animal y humana, interrelacionadas entre sí por fenómenos como la fotosíntesis o la fecundación de las flores por los insectos.*

*Pensaron que éstas funcionaron así, interrelacionadas entre sí, durante milenios, y que una de estas máquinas, el hombre, sintiéndose viva, e incapaz de conocer la fórmula de los circuitos impresos “pensados” por el dios Marciano, y que la han hecho posible, tomó a estas fórmulas por sustancias esenciales, “no pensadas”, existentes “de por sí”, y vacías de la “interioridad” que él poseía. Pensaron que por eso lo asombró al hombre durante un tiempo la “casualidad” de que pudieran inyectarse a un ser humano, y con un efecto definido, “transistores” que, como la morfina, provenían de una planta vegetal a la cual éste no reconocía del todo como hermana.*

*Pensaron que esto no había cambiado, que el hombre, un robot capaz de trazar su propio programa, dio en crear a su vez a una máquina llamada cibernética, que estando casi tan “viva” como él, lo llevó a sentirse máquina y Dios al mismo tiempo, y a suponer que el mismo Dios habría de preguntarse, cuando observaba al hombre, surgido del programa que él mismo continuamente se creaba, cuál sería la fórmula de su propio circuito “divino”.*

*Sólo al salir de “las ruinas circulares” pudieron las máquinas comprender que Dios crecía junto con ellas en la estructura del conjunto, al cual ellas iban dando cada vez más vida y más “interioridad”, interrelacionadas entre sí. Y que desde la misma intimidad elemental de la trama “mineral y viva” nacían las raíces de Dios junto con ellas, las máquinas, en cada sustancia.*

---

# OPIO

---

(1969)

Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld  
y Jorge Pantolini

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1969c) “Opio” [I].**

## Ediciones en castellano

*Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 146-152.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 87-92.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 177-184.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-166.

## Traducción al italiano

“Oppio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 142-149.

El artículo se incluyó como tercer apartado de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).

Partiendo de los desarrollos realizados en el trabajo anterior, “La interioridad de los medicamentos”, intentaremos comprender y definir en términos de fantasía específica la interioridad que constituye la estructura del opio, su “alma” y su “carácter”. Prosiguiendo este desarrollo procuraremos comprender el efecto de su “carácter” sobre el nuestro, la reacción de nuestra “interioridad” sobre la suya; la transformación de esa “doble” interioridad que, en el caso específico del opio, incluye al letargo y a las fantasías hepáticas entre sus familiares más cercanos.

Podemos decir que el opio –etimológicamente “jugo” (Krantz y Carr, 1956)– es el látex, desecado, que mana de las heridas del órgano sexual “embarazado” de la planta llamada adormidera. Pardo, de color hepático (*Revista Farmacéutica*, 1890), y amargo como la hiel, contiene junto a un sustrato de sustancias vegetales farmacológicamente inertes, una familia de alcaloides presidida por la morfina, cuya proporción predomina ampliamente sobre los demás. A pesar de que la morfina deriva “oficialmente” del núcleo fenantrénico, noble antecesor de una cantidad de hormonas fisiológicas, lo específico de su acción se halla vinculado a un anillo heterocíclico piperidínico, que denuncia su parentesco con su “prima hermana” la cicuta. Y ha de ser así, porque de acuerdo con lo que dicen los botánicos (Schmeil, 1933) acerca del fruto de otra de sus parientes, la *Atropa belladonna* –solano furioso–, el animal que muerda el ánfora que contiene su simiente ha de huir víctima de un veneno repugnante de sabor amargo y nauseabundo. Pero el opio y la morfina –que debe su nombre a Morfeo, dios del sueño– son los parientes nobles de una familia de envenenadores. Forman parte del láudano de Sydenham, quien dijo: “Yo no quisiera ser médico de no existir la morfina”.

Surge el opio de una herida y suponemos que actúa farmacológicamente con parte de su estructura, o de su interioridad, restableciendo el narcisismo herido, calmando el dolor de la injuria; de ahí tal vez la intuición de Sydenham al bautizar a su láudano tomando el nombre de “laudo”, que significa halago, elogio y alabanza (Krantz y Carr, 1956).

De acuerdo con la mitología oriental, Buda, para poder permanecer siempre despierto, se cortó los párpados, y de ellos, caídos en la tierra, nació la planta *Papaver somniferum*, madre de cuyas “lágrimas” amargas –el término “lágrimas” es usado en este caso por los farmacólogos (Soler y Battle, 1951)– se constituyen los panes del opio. Gracias al opio, “el imperio chino se sumió en una especie de letargo” (Granier-Goyeux, 1968).

El intento de Buda de conservar su lucidez vinculada a lo visual y de librarse de este modo del letargo y del *opio* –utilizamos en este caso la palabra “opio” en un sentido en que el lenguaje popular suele utilizarla, como sinónimo del aburrimiento– nos permite reconocer la naturaleza intrínseca del letargo y su relación con lo visual-ideal (Chiozza, 1970a), simbolizada por el superyoico “ojo de Dios” que siempre vigila y nunca duerme.

La conexión entre el opio y estos contenidos ideales, a la vez valiosos y temibles por la posibilidad de su efecto destructor sobre el yo, queda dramáticamente expresada en la famosa frase: “La religión es el opio de los pueblos”. Deducimos entonces que en la estructura del opio, o en la de sus alcaloides principales, “existe”, de manera pre-formada, letargo. El que consume opio está creando en una transformación de la “doble” interioridad, “artificialmente” provocada, al menos una parte de ese fenómeno que denominamos letargo. Uno de los núcleos contenidos en el opio, la bencilisoquinolina, configura un antecesor común entre estos alcaloides y la tubocurarina (Litter, 1966, pág. 330). Los efectos de esta última sobre el funcionamiento muscular recuerdan al torpor –lengua de madera– que describe Cesio (1960a y 1960b) en el letargo, y quedan de este modo asociados a lo expresado por Litchwitz (1945, pág. 578), quien sostiene, avalado por distintas experiencias, que en los procesos de destrucción hepática los sistemas de desintoxicación toman rumbos distintos de los habituales creando nuevos compuestos, como por ejemplo la gamabutirotbetaína, que tiene un efecto semejante al curare.

Si entendemos que el ocio –etimológicamente opuesto a negocio y a guerra (Ernout y Meillet, 1959)– constituye un agradable vagar de la fantasía, y un recrearse con los objetos, que emana de un eutónico funcionamiento psicocorpóreo –que podemos describir como una adecuada y armónica distancia entre un superyó visual-ideal, instintivo, representante del ello, y un yo con una adecuada capacidad “hepática” de materialización–,

si entendemos que esa ociosa ensoñación diurna, armónicamente integrada con los objetos materiales, constituye el producto de una adecuada satisfacción instintiva que disminuye el tono de alarma simpático-mimético, debemos pensar que el aburrimiento, que encubre el horror y la guerra con los objetos persecutorios, es la patología del ocio.

Suponemos que el opio, en cierto modo parasimpático-mimético, resultaría ser entonces una elaboración tóxica, melancólica, de un duelo primario frente a los objetos ideales persecutorios que aturden y “pudren” al yo (Chiozza, 1970a). Así, mediante el opio, cuyo genio es contrario al ser de la adrenalina, de la lucha por la vida, del estrés, se intenta reinstalar el ocio perdido, ocio que podemos equiparar durante la vida diurna a la función del soñar durante la vida onírica, y que, *perturbado*, pasa por ser la madre de todos los vicios.

En la descripción homeopática del genio medicamentoso que el opio posee (Duprat, 1948), se subrayan especialmente los síntomas de sopor, calentura, sudoración y la búsqueda de aire fresco, agua fría y zonas frías de la cama. Esto, unido a zoopsias y otras alucinaciones terroríficas, a un contenido convulsivo-epiléptico, a un síndrome de retención del contenido intestinal y a su uso en la amenaza de aborto, demuestra más coincidencias significativas con el letargo, las fantasías hepáticas y sus contenidos prenatales.

La búsqueda del opio podría representar también, desde este punto de vista, un intento de reinstalar las condiciones de la vida intrauterina y su letargo “normal”, idea que resultaría avalada por la depresión que provocan todos los alcaloides del opio sobre el centro respiratorio, cuyo funcionamiento es innecesario durante la vida embrionario-fetal, y por la acción bronco-constrictora, “asmática”, de la morfina, que “remedaría” la atelectasia pulmonar fetal –cabe recordar aquí que el opio, según algunos (Granier-Goyeux, 1968) oriundo de la villa griega de Mekoné (ciudad de la adormidera), se llama también meconio, como se denomina al contenido intestinal del feto, por su aspecto parecido al opio–.

La transformación de la “doble” interioridad que acontece cuando el opio “se casa” con el hombre, participaría pues de los caracteres del letargo y de un dormir “fetal” (Chiozza, 1970a, cap. IV, adpo. 3), en el cual ocurren los sueños. Su carácter de verdadera transformación queda puesto de manifiesto por el fenómeno de la tolerancia o acostumbriamiento, que se da tanto en el hombre como en los animales –que ocurre, según los farmacólogos (Litter, 1966), dentro de las mismas células– y cuyas condiciones son desconocidas.

Lo cierto es que si el hombre entra en contacto esporádico con el opio, esta transformación es superficial y fácilmente reversible; pero si el hombre

se “acostumbra” al opio, ha de permanecerle fiel; desarrolla una adicción, una dependencia que, a la manera de un vínculo simbiótico fetal-materno, lo lleva a colocar el epicentro de su vida en el elixir, tal vez “opoterápico”<sup>26</sup>, que penetra por sus venas.

Si el opio, de genio vagotónico, intenta, casi siempre vanamente, reinstalar el ocio perdido frente al aburrimiento que representa lo aborrecido, horrible, horripilante (Chiozza, 1970a, cap. III, apdo. 3.c), no es de extrañar que su supresión brusca provoque, tanto en el hombre como en el animal, esa crisis de horror “tan espantosa” que se conoce con el nombre de síndrome de abstinencia y cuyo mecanismo fisiológico de producción también se desconoce. Se caracteriza por sudoración, midriasis, temblor, “carne de gallina”, desasosiego, vómitos, hiperpnea, hipertensión arterial, y también *bostezo*, lagrimeo, rinorrea, anorexia, fiebre, pérdida de peso.

Los hipertiroides, “permanentemente horrorizados”, toleran muy bien la morfina; los hipotiroides, en cambio, son muy susceptibles a ella. La acción que la morfina posee como depresora del metabolismo puede comprenderse desde este punto de vista como una acción contraria al miedo, a la reacción de alarma y a la lucha en el cotidiano campo de batalla de la vida, que muchas veces se manifiesta como hipersensibilidad, como alergia “exudativa”, como fenómenos de autoagresión.

El dolor que sufre el hombre que ha ingerido opio es así, muchas veces, según los farmacólogos (Litter, 1966), *dolor sin temor*, y esto ya configura en la mayoría de los casos un alivio suficiente del sufrir.

El opio no calma todos los dolores; se reparte con la aspirina el campo de su acción analgésica y reserva para sí el alivio del dolor visceral y traumático, abandonando en mano de su congénere, nacida en la probeta, los dolores osteoarticulares y reumáticos; y también, pero sólo hasta un cierto punto, el dolor de la cabeza, surgido del esfuerzo conflictivo del pensar y del soñar.

La morfina calma especialmente el “dolor de corazón”. Quien ingiere opio no ha de “tomarse a pecho” las cosas, y su uso como analgésico y vasodilatador coronario es útil en la angina y el infarto. Es curioso que su efecto en este sentido dependa de su anillo piperidínico que la emparenta con la cicuta, la famosa asesina de Sócrates. El noble “veneno” deshace en este caso la garra del terror que se enseñoorea en el corazón del hombre y lo

---

<sup>26</sup> Vale la pena consignar aquí el descubrimiento reciente (véase Snyder, 1977) de que la morfina y sus derivados ejercitan sus efectos ligándose a receptores específicos presentes en el encéfalo y en la amígdala, en donde actúan también sustancias morfinosímiles (endorfinas) segregadas por el organismo.

empuja hacia la muerte, como el “elogio” del láudano deshace el shock de la injuria narcisista en el dolor traumático.

El “dolor de corazón” es un “recuerdo”, palabra que etimológicamente significa “volver al corazón” (Corominas, 1961). La enfermedad suele conformarse como una “rémora circulatoria” de los contenidos “visceralles”, que no llegan a constituirse en recuerdo mientras un mayor flujo sanguíneo “revitalizador” no facilite su reabsorción.

El significado de la acción de la morfina sobre el dolor cardíaco se enriquece, por lo tanto, si tenemos en cuenta lo que escribimos en un trabajo anterior: “En los fenómenos tóxicos consecuentes a la reabsorción de los productos contenidos en las partes corporales afectadas por una rémora circulatoria, podríamos ver incluso un adecuado modelo de aquellos fenómenos secundarios desagradables que aparecen a veces en el curso de un tratamiento psicoanalítico con el nombre de reacción terapéutica negativa y letargo. Y lo mismo podríamos usar este modelo en relación con el dolor implícito en el proceso de ‘sobrecargar los recuerdos’” (Chiozza y colab., 1966e, apdo. “La reactivación del recuerdo”).

El dolor, el recuerdo, el olvido y el llorar tienen una amplia y entrañable afinidad con la morfina. En el canto IV de la *Odisea* relata Homero que “Helena, hija de Zeus... vertió en el vino que estaban bebiendo un bálsamo (*nephtes*) contra el llanto y la cólera que hacía olvidar todos los males; quien lo tomare... no logrará que en todo el día le surja una lágrima en las mejillas aunque con sus propios ojos vea morir a su padre y a su madre o degollar con el bronce a su hermano o a su mismo hijo” (citado por Krantz y Carr, 1956). Este bálsamo era el opio.

Pero si la morfina evita las lágrimas, su acción sobre el dolor y el sufrimiento aparece como el producto de una supresión perjudicial al proceso del duelo, mediante el cual se restablece la salud. En “Una idea de la lágrima” (Chiozza y colab., 1970p [1968]) decíamos: “Vemos ahora que cualquiera de los líquidos fluyentes del organismo, aun siendo de naturaleza tan primaria como un catarro, un exudado o un trasudado, puede a su vez representar al llanto, puede quedar erotizado con esa libido lagrimal cuya especificidad no podemos describir todavía. Si quisiéramos utilizar un modelo propio de Freud, diríamos que la libido lagrimal toma un camino regresivo hacia el núcleo común ‘exudativo’, que la vincula con cualquier otra secreción del organismo”.

En el síndrome de abstinencia no sólo encontramos lagrimeo; también se describe rinorrea y sobre todo sudoración. Cesio<sup>27</sup> nos mencionó un

<sup>27</sup> Comunicación personal.

caso de morfinomanía, tratado por él hace años, que, al abandonar la morfina y la adicción, murió repentinamente por un edema de pulmón, cuadro caracterizado por una rémora circulatoria pulmonar con extravasación de líquidos en los alvéolos pulmonares, y cuyo medicamento de elección es precisamente la morfina.

Si unimos estas consideraciones acerca de la conversión de las lágrimas en “otros exudados” con lo que hemos dicho acerca del efecto que el opio posee frente a la hipersensibilidad temerosa que puede manifestarse, “alérgicamente”, como una reactivación del núcleo común “exudativo”, como una “erotización” lagrimal de los órganos, podemos pensar que el opio y la morfina, más que evitar que se derramen las lágrimas, muchas veces “amargas”, durante el proceso del duelo, evitan sobre todo, como en el caso del edema de pulmón, el camino “vicariante” de esas lágrimas que no han podido ser adecuadamente lloradas.

Debemos finalizar aquí, y lo haremos, con una pregunta que nos surge, a modo de conclusión, cuando volvemos a recorrer el camino que nos hemos trazado durante este bosquejo, que no nos atrevemos a llamar todavía un “estudio” sobre el opio. Podemos preguntarnos si la profunda destrucción individual y social que se manifiesta en la morfinomanía, aparentemente injustificada desde el punto de vista farmacológico (Litter, 1966), se realiza *mediante la acción del opio o a pesar de la misma*.

---

# **LOS CAMBIOS EN LA NOCIÓN DE ENFERMEDAD**

---

(1976 [1968-1969-1970])

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1976b [1968-1969-1970]) “Los cambios en la noción de enfermedad”.**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 29-32.

Con el agregado de un apéndice de 1980, se publicó en:

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 53-58.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 41-46.

## Traducción al italiano

“I cambianti nella nozione di malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 64-68 (no incluye el apéndice).

Este artículo incluye algunos párrafos de “Fundamentos y propósitos del CIMP (Centro de Investigación en Medicina Psicosomática)” (Chiozza, 1968a), publicado en este mismo tomo; todo el contenido de “La enfermedad en nuestro tiempo” (Chiozza, 1969a), incluido a la vez en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, capítulo III, apartado 1.b, OC, t. I, y casi todo el contenido de “La investigación en medicina psicosomática” (Chiozza, 1970r).

## I

El hombre enfermo despierta multitud de interrogantes en la mente de cuantos nos acercamos a él. Al mismo tiempo nos ilumina desde un ángulo completamente original e insustituible al hombre mismo, como si en ocasión de esa íntima fractura que llamamos enfermedad tuviéramos oportunidad de penetrar un poco más en el conocimiento de la configuración y la sustancia que lo constituyen.

El hombre enfermo es un objeto ponderable, que pesa sobre el suelo y que ocupa un lugar en el espacio. Que refleja la luz que lo ilumina e interrumpe la trayectoria de los cuerpos que lo tocan. Que opondrá la resistencia de su masa a las fuerzas que sobre él se ejercen. Puede ser fragmentado y examinado con los métodos de la física, la química, la anatomía, la histología o la microbiología. Es un conjunto de átomos, en su mayor parte agua, puede reaccionar total o parcialmente como un álcali débil, se compone de microestructuras propias e inherentes y contiene otras que consideramos ajenas a su esencia. Estas son algunas de sus huellas mejor exploradas desde la vertiente de la medicina.

Así hemos aprendido que determinados cambios o alteraciones en la estructura material de sus partes coinciden o evolucionan paralelamente con aquello que, *conceptualmente abstraído* de la realidad material, llamamos enfermedad. Anticipemos la circunstancia más importante: todo nuestro interés por tal enfermedad deriva, desde el momento primero, de que en su epicentro se halla el padecer, un género de sufrir que escapa a toda consideración material de ese objeto cuyo conocimiento procuramos.

Es además un objeto que “funciona”, y lo hace de una peculiar manera que denominamos “estar vivo”. También hemos aprendido acerca de los

cambios que ocurren durante la enfermedad o la terapia con fármacos, en determinadas “funciones”, *artificial y conceptualmente separadas* de un todo inabarcable o incomprensible en su esencia. Estos cambios constituyen aquellos vestigios del hombre enfermo que buscamos con los métodos de la fisiopatología y la farmacología. En el mismo lugar en donde “el terreno” aparentaba no diferenciarse del resto de su masa, su estructura o su función, nuevos métodos descubren nuevas huellas del objeto esquivo.

La investigación realizada a lo largo de los años ha descubierto de este modo, con singular maestría, los rastros que el hombre enfermo graba *en algunas de sus partes o “funciones”* durante ese proceso que denominamos enfermedad, pero la particular coherencia que se configura o estructura como un “todo” se pierde o se deshace de manera inevitable durante el ejercicio mismo del método con el cual interrogamos a la naturaleza del objeto fragmentándolo en aspectos separados.

Por fin, el hombre enfermo, como objeto, es además un sujeto que padece, que transfiere o comunica su sufrir o su sentir, que produce una cultura y se determina en ella, que hace y es historia, un ser que se articula en el mundo social particular que él mismo crea. Desde este ángulo encontramos otras huellas o vestigios. Descubrimos *un sentido* comprensible en la crisis del enfermo, y en su misma biografía, cuando seguimos los rastros del proceso “de corazón a corazón”.

El ámbito psíquico y somático de nuestra totalidad subjetiva adquiere de esta manera la fuerza de un instrumento que se ejercita a través de leyes diferentes, en el vínculo entre un sujeto que investiga y el objeto que constituye “un hecho clínico”. Así, el conocimiento del proceso que denominamos transferencia-contratransferencia abre una nueva vía en la epistemología de la ciencia.

## II

La enfermedad como una transformación de aquello que ocupa un lugar en el espacio y que llamamos materia constituye un trastorno de la forma y la función, un trastorno físico, químico, anatómico, fisiológico; todas estas son categorías que englobamos cuando decimos síntoma orgánico o somático.

La enfermedad como padecimiento (*pathos*), como molestia, conforma inevitablemente un acontecimiento psicológico y, ya que puede ser comunicable, transferible, capaz de despertar afectos y cambios en el otro, es además un acontecimiento “social”.

Este acontecimiento, la enfermedad, en cuanto se desarrolla en el tiempo, constituye también una historia, que adquiere un nuevo y más rico sentido en la medida en que se la considera como un trozo inseparable de la biografía de un sujeto y su contorno familiar y social.

Pero los hechos que percibimos son en el fondo un resultado code-terminado por la teoría con la cual encaramos al objeto que procuramos conocer. Materia e historia, por ejemplo, son interpretaciones de un mundo al cual nos acercamos con las nociones predeterminadas de espacio y de tiempo; sin estas últimas nociones es imposible definir aquéllas. La solución de un problema, de un experimento, la respuesta, se halla inevitablemente condicionada por la manera de plantearlo, por el modo específico en que se formula la pregunta.

El pensamiento, el descubrimiento, la cultura, tomados en particular y desde un cierto ángulo, pertenecen a una época, constituyen por lo menos una parte de aquello que Walther Tritesch (1954) denomina “el signo de los tiempos”.

Según la “historia” que realiza Laín Entralgo (1950a), y *que debemos suponer “viva” y presente en cada uno de nosotros*, la enfermedad fue considerada en la antigua Babilonia como una culpa, un pecado espiritual que exigía para su resolución el arte de la adivinación, ya que este pecado no era “conocido” por aquel que sufría sus efectos.

Para los griegos la enfermedad era un trastorno de la *phisis*, la materia natural, por obra de las “miasmas” o “manchas” y del *dyma* o “deshonor”, materias malas que debían ser eliminadas mediante la “catarsis”, un medio físico de exoneración. La medicina de Galeno vuelve a encontrar al pecador en el que sufre de una enfermedad que se manifiesta en el cuerpo; sin embargo, mientras que para el asirio el enfermo era ante todo un pecador, para Galeno el pecador es ante todo un enfermo.

El advenimiento del cristianismo introduce una variante. Si bien puede decirse que Dios castiga el pecado con la enfermedad, lo más importante de la interpretación cristiana parece residir en que la enfermedad posee un sentido: poner a prueba a la criatura de Dios y ofrecerle la ocasión de merecer el cielo.

El desarrollo de la ciencia nos introduce en una nueva visión de la enfermedad. Su sentido es abandonado a la esfera de la religión, o sencillamente abandonado, desconsiderado, en la interpretación científica de la enfermedad. La causa “primera”, obra de Dios o del accidente, transferida sobre el agente patógeno, sea físico, químico o biológico, constituye la causa magna de la enfermedad; causa que sólo acepta compartir su trono con las causas menores, asociadas, que actúan como predisponentes del terreno en el cual ésta se desarrolla.

Si para los asirios babilónicos la terapéutica fue adivinación del pecado espiritual, para los griegos, la catarsis de las materias malas, y para los cristianos, la comunión con Dios, para el pensamiento científico occidental esta terapéutica es una técnica de combate, precisa y definida, con la causa. Este combate entre el médico y la causa se desarrolla en el hombre que sufre la enfermedad y que debe convertirse, a la vez, en campo de batalla y en espectador pasivo de la terapéutica.

Llegamos así a nuestro tiempo, uno de cuyos signos está constituido por lo que Laín Entralgo (1950a) denomina “voluntad de plenitud histórica”, plenitud que a nuestro juicio contiene en su esencia un enfoque atemporal que incluye y revaloriza actitudes “pasadas” frente a la enfermedad y que contempla y respeta posibilidades “futuras”, teniendo en cuenta que unas y otras constituyen representaciones de una realidad que vive y obra en nuestro presente. En nuestra época Freud nos introdujo otra vez, y desde un nuevo ángulo, en la consideración del *sentido* de la enfermedad, que cobra así significado como una forma de lenguaje.

El hombre como sujeto y como ser social volvió a ser tenido en cuenta no ya en el arte o la técnica de la medicina, de los cuales nunca pudo ser desalojado del todo, sino en la misma teoría acerca de la enfermedad y acerca del ejercicio de la terapéutica.

## Apéndice

Las teorías acerca de la enfermedad y la terapéutica dependen de los famosos “criterios de salud y enfermedad”, en cuya discusión se omite, habitualmente, tanto una exposición ordenada de los fundamentos cuanto la consideración de parámetros que hoy, en 1980, no pueden ser desestimados. Mientras que en la práctica opera de manera inconsciente el consenso predominante (generalmente indiscutido porque no es explícito) de que la enfermedad equivale a la distorsión o descomposición de un mecanismo que es necesario restaurar, en la teoría suelen emitirse opiniones pseudofilosóficas poco responsables. La confusión, frecuente y lamentable, de este tipo de opiniones con el filosofar, contribuye a la connotación peyorativa que la palabra “filosofía” alcanza entre la mayoría de los médicos.

A los fines de una discusión más prolija, me parece posible sostener que la medicina se propone modificar la evolución alterada de una parte conceptualmente separada, respetando las siguientes premisas:

1) *Irreversibilidad*. Reconocer aquellas alteraciones de la forma, estructura, función o proceso evolutivo, que constituyen un cambio que se considera irreversible, y establecer, desde un enfoque terapéutico lo más amplio posible, el grado de probabilidad de la irreversibilidad actual o futura. (Si los signos objetivables que constituyen la alteración somática vinculada a los síntomas corresponden a otras tantas significaciones inconcientes específicas, dicha correspondencia debe mantenerse no sólo en la evolución natural de la enfermedad, o en las evoluciones habituales observadas durante las terapéuticas clásicas, sino también en cualquier otro cambio evolutivo).

2) *Restitución*. Dado el carácter utópico y equívoco de la llamada “*restitutio ad integrum*”, establecer el valor, positivo o negativo, de la posible restitución de una alteración parcial a un estado similar al primitivo, “normal”, en función de un sistema más amplio del cual esa alteración forma parte. Esto implica: a) No tener en cuenta solamente la contribución de la parte enferma a la enfermedad del todo que esta parte integra, sino, además, la contribución que la totalidad de los sistemas, especialmente aquellos que llamamos “el hombre enfermo” o “la familia”, aporta a la enfermedad de la parte que motiva la consulta. b) Adquirir conciencia de que el logro de la “normalidad” de una parte puede obtenerse a veces a expensas de una alteración más grave, sea del metasistema en el cual aquélla se integra, o de alguna otra de sus partes. c) Revalorizar las relaciones, recíprocas y con los megasistemas familiar, grupal o social, de los parámetros cantidad y calidad de vida y sus vinculaciones con la calidad y oportunidad de la muerte.

3) *Cambio evolutivo*. Concebir (estocásticamente), a los fines de establecer la dirección deseable o el sentido del cambio evolutivo, un modelo que permita distinguir entre un “estar en forma”, que equivale a la conservación de un máximo de flexibilidad a partir del núcleo constitucional invariante que corresponde a cada identidad particular, y un “estar en ruinas”, que equivale al gasto máximo de flexibilidad con forzamiento o deterioro de ese núcleo constitucional invariante.



---

**APUNTES SOBRE FANTASÍA,  
MATERIA Y LENGUAJE**

---

(1970)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1970q) “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje”.**

## Ediciones en castellano

*Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. I, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 25-31.

*Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 69-76 (incluye un resumen).

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 67-72.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 117-124.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98.

## Traducción al italiano

“Appunti su fantasia, materia e linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 115-122.

Norbert Wiener (1964), el creador de la cibernética, escribe que “es conceptualmente posible enviar a un ser humano mediante una línea telegráfica”. Veamos esto mismo en las palabras de Arthur Clarke (1964): “...la reencarnación es, pues, teóricamente posible. Si se pudiese reproducir la estructura física de un individuo hasta en su composición molecular (la biblioteca de la mente), no habría modo de distinguir entre el original y el duplicado. No tendría ningún sentido preguntar entonces: ¿Quién es realmente Juan Pérez? Los dos lo serían”. Dado que esto parece muy inverosímil, aun como posibilidad solamente teórica, Clarke (1964) sigue diciendo, en su apoyo, que esta “reencarnación” ocurre cotidianamente: “Los átomos de nuestro cuerpo cambian constantemente, son reemplazados tan rápidamente por otros (con materiales obtenidos en nuestros alimentos) que nos reconstruimos totalmente cada pocas semanas... nos movemos en el mundo como una llama... Se ha dicho que el hombre no se baña dos veces en el mismo río; es igualmente cierto que el hombre que se mira en un espejo no se ve dos veces la misma cara. La corriente de la carne puede ser más lenta que el flujo del río hacia el mar, pero no es menos inexorable”.

Hace unos años leía en un libro pequeño acerca de los miembros fantasma –que lamentablemente presté y no pude recuperar<sup>28</sup>– una teoría que despierta particular interés.

Es ampliamente conocido que algunos amputados sienten dolores que atribuyen alucinatoriamente al miembro que se sabe perdido, pero que se siente como presente a través del dolor. Suele interpretarse este fenómeno

---

<sup>28</sup> Sólo recuerdo que fue publicado por la editorial Alhambra, de Madrid, y que su autor era alemán.

diciendo que la irritación del nervio periférico en la zona del muñón es el origen de un dolor que, como consecuencia del hábito sensorial adquirido en el pretérito, es referido a la representación mental del miembro en el esquema corporal: este miembro, ausente, duele así como presente.

El autor a cuya teoría deseo referirme, partiendo de lo que ocurre en las estrellas de mar, capaces de recrear un miembro amputado, sostenía que el hombre, debido a la complejidad de su evolución, y habiendo perdido esa capacidad, conserva sin embargo una parte de ese proceso, consistente en recrear el “proyecto” de esa reconstrucción. Suponía en su teoría que la estrella de mar comienza por crear la fantasía de su miembro amputado, y que esta fantasía, en cierto modo equivalente al miembro fantasma que prolonga el muñón de un hombre, es luego “rellenada” por la carne de la estrella de mar. Si bien el hombre es capaz de rellenar la pérdida de sustancia de una herida, habría perdido en cambio, por causa de la complejidad y elevada diferenciación celular de su desarrollo, la capacidad de materializar nuevamente un miembro perdido, y su intento se detendría entonces en la primera parte de ese proceso, la creación del miembro fantasma<sup>29</sup>.

Anotemos de paso que la palabra “fantasma” y la palabra “fantasía” poseen en su raíz, igual que en el idioma francés actual, un mismo significado.

Admitamos entonces que Juan Pérez no es la materia que lo constituye sino la particular forma o estructura que adquiere ese flujo de materia cuando transcurre a través de la situación, campo o coyuntura, que denominamos Juan Pérez. Situación que por lo general *permanece* durante unos setenta años, sometida a “leves” cambios denominados evolutivos, y “deja”, bajo la forma de hijos, obras y recuerdos, estructuras que reconocemos como derivadas.

Si esto es válido para un ser humano completo, ¿por qué no ha de serlo igualmente para ese anillo de carne endurecida que configura en el lactante la hipertrofia del píloro, y del cual se afirma, enfáticamente, que siendo algo “orgánico” es “algo más” que una fantasía? También la materia “orgánica” que constituye ese anillo se renueva totalmente en unas pocas semanas.

Digámoslo rotundamente: aquello que *permanece* en un trastorno “orgánico” es su configuración, su fantasía, no su materia. Esto no significa sostener que pueda cambiarse fácilmente tal configuración.

---

<sup>29</sup> Cabe señalar la similitud de este planteo con la postulación contenida en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), acerca de la existencia de dos fases, una visual-ideal y otra hepático-material, en el proceso de identificación.

Hemos hablado de configuración y fantasías como si fueran sinónimos; pero estas estructuras “materiales” ¿pueden ser involucradas en aquello que denominamos fantasías inconcientes? Cuando Arthur Clarke nos habla de reproducir la estructura física molecular de un ser humano, y que llama “biblioteca de la mente”, de manera que no tenga sentido preguntar cuál es el original y cuál el duplicado, y cuando afirma que esto constituye una reencarnación, cae de su propio peso que, simultáneamente, atribuye a estas estructuras moleculares físicas el carácter de mentales. De la misma manera, cuando Norbert Wiener afirma la posibilidad teórica de enviar a un ser humano, reducido a un código de información que contiene dentro de sí los elementos para recrearse a sí mismo, “del otro lado” de la línea telegráfica, cae de su propio peso que no se refiere a dejar “de este lado de la línea” el “alma” del hombre transferido.

Veamos sin embargo esta cuestión de la identidad entre configuración y fantasía inconciente desde el ángulo constituido por el pensamiento psicoanalítico.

Cuando Freud usa el nombre de “orales” o “anales”, por ejemplo, para referirse a determinadas fantasías, usa un lenguaje que presupone “algún género de identidad” entre la fantasía y el funcionamiento corporal específico o correspondiente. Esto es casi explícito cuando afirma: “Las diferencias que presentan las funciones psíquicas de los diversos instintos pueden atribuirse a la diversidad de las fuentes de estos últimos”, y también: “...muchas veces pueden ser deducidas éstas [se refiere a las *distintas* fuentes orgánicas] del examen de los fines del instinto” (Freud, 1915c, págs. 1037-1038). Ya en 1895, sin embargo, había profundizado aun más en este tema al afirmar que la histeria “quizá no tome como modelo los usos del lenguaje, sino que extraiga con él sus materiales de una misma fuente” (Freud y Breuer, 1895d, pág. 103).

Si tenemos en cuenta lo que, apoyándose en Freud, enfatiza Susan Isaacs (1948, pág. 574) cuando afirma que la fantasía es el “corolario mental” del instinto, podemos aclarar un poco mejor el significado de la expresión “algún género de identidad” que acabamos de utilizar. Es posible afirmar entonces que las fantasías que corresponden a un nivel de fijación, y su expresión a través del lenguaje, representan “la traducción mental” de un nivel corporal específico. La cuestión sigue girando aquí alrededor del alcance que posee la palabra “mental”.

Freud afirmó la existencia “mental” de lo inconciente al sostener que lo psíquico no podía limitarse al fenómeno de la conciencia. Esta fue, sin lugar a dudas, su contribución más importante. Melanie Klein subrayó el carácter “mental” en las “relaciones de objeto” que establece el niño pequeño desde

el mismo momento de su nacimiento. Arnaldo Rascovsky sostiene la existencia de un psiquismo o correlato “mental” en la experiencia intrauterina.

Abordando consideraciones semejantes desde un ángulo atemporal, sostendremos aquí, como en la comunicación preliminar acerca de los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963a), la existencia de un correlato “mental” específico en cualquiera de las funciones biológicas. Estas últimas pasarían así, separadamente enfocadas, a constituir fantasías específicas que incluyen también una específica modalidad en las relaciones de objeto.

Como producto de un trabajo que realizamos en colaboración (Chiozza y colab., 1969b) sostuvimos, apoyándonos fundamentalmente en las ideas de Portmann (1954) y de Schrödinger (1944), y teniendo en cuenta la existencia de formas limítrofes entre lo vivo y lo no vivo (tales como los genes y los virus), que el fenómeno que denominamos “mental”, el ámbito subjetivo no espacial que Portmann llama “interioridad”, se extiende *sin solución de continuidad* hasta formas estudiadas por la química, tales como las sustancias orgánicas medicamentosas.

A medida que “descendemos” en la complejidad de la función, o “regresamos” hacia estadios anteriores del desarrollo, el correlato “mental” que suponemos presente posee un nivel de complejidad y abstracción *cada vez más diferente* de aquel que puede observarse en aquello que, desde la conciencia, solemos denominar psiquismo. La cuestión básica estriba sin embargo en *la imposibilidad de trazar una neta solución de continuidad* en la escala del fenómeno que denominamos “mental”.

A pesar de lo que hemos dicho, el problema puede ser planteado en términos que obvian habituales divergencias en cuanto al alcance, ya sea “histórico-evolutivo” o “somático”, del fenómeno “mental”<sup>30</sup>.

Aproximándonos desde otro ángulo al pensamiento freudiano, podemos considerar toda referencia al cuerpo, o a los estadios del desarrollo,

<sup>30</sup> Este enfoque, presente ya en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* de 1963 –de manera implícita en el modo de trabajar de las representaciones, y de manera explícita en donde leemos: “...las afecciones del hígado... existen... en todos los casos, como representantes o equivalentes corporales, de algo que ocurre en lo psíquico” (Chiozza, 1963a, pág. 23)– y enriquecido en sucesivos trabajos (Chiozza, 1964a, 1966a [1964], 1970a y 1970m [1968]), fue retomado por Cesio y colaboradores en su investigación sobre el lupus eritematoso cuando dice: “Se postula que los distintos materiales expresan esencialmente el mismo fenómeno y que muestran aspectos artificialmente dispersos de la totalidad psicósomática, de modo que se puede trabajar con las distintas representaciones como si se tratase de un material homogéneo” (Cesio y colab., 1968, pág. 467).

como *un modelo biológico propio del lenguaje*, y a través del cual se expresa una fantasía que *permanecería muda de cualquier otra manera*.

Cuando decimos que tal fantasía permanecería muda de cualquier otra manera, nos apoyamos, para una aseveración semejante, precisamente en la teoría de las zonas erógenas. Integrando la teoría de Freud con la de la escuela kleiniana, hemos visto que las zonas erógenas constituyen una fuente, *cualitativamente diferenciada*, cuyo corolario “mental”, *la fantasía específica, configura la matriz de lo que habitualmente denominamos lenguaje*.

Todo el conocimiento médico (histología, anatomopatología, fisiología, etc.), en cuanto constituye una forma de lenguaje, puede sí ser enfocado, desde este fructífero ángulo, como una representación de la fantasía inconciente que corresponde a los procesos que llamamos corporales.

Volvamos ahora a Juan Pérez como organismo configurado, cuya estructura, como abstracción conceptual, admite tanto su integración en unidades estructurales cada vez más complejas (pareja, familia, sociedad), como su descomposición en unidades cada vez más elementales (órganos, funciones, células, genes, ácidos nucleicos).

Puede decirse que el trazado conceptual de una determinada configuración inclusiva o exclusiva es siempre más o menos arbitrario o convencional; sin embargo, el criterio “limitante” que lleva implícito es siempre riguroso: cada vez que delimitamos una configuración, ésta queda determinada por un tipo de especificidad que nos permite “reconocerla” como parte de un conjunto de la misma “clase”.

Entre la mano y el pie de Juan Pérez, o entre sus dos manos, existe un tipo de igualdad<sup>31</sup>, que deriva de la misma configuración específica contenida en la estructura de sus ácidos nucleicos. Pero entre la mano derecha de Juan Pérez y la mía existe otro tipo de igualdad. Éste depende de una configuración que, abstraída o separada, de un modo aparentemente arbitrario, de Juan Pérez y de mí, es sin embargo el producto de un trazado conceptual limitante regido por un criterio de especificidad tan riguroso como el primero. Esta segunda igualdad no se da entre ambas manos de Juan Pérez.

El acto de estrecharnos las manos, *usado aquí como símbolo de toda comunicación*, sólo puede darse, y *sólo es necesario*, como consecuencia

<sup>31</sup> Evitamos a propósito decir “identidad”, porque el concepto de identidad, como cualidad que se aplica a lo que sólo puede ser igual a sí mismo, en su carácter de coyuntura cuatridimensional que incluye al yo y su circunstancia, es precisamente la contrafigura de la igualdad que mencionamos. Por esta razón, me parece demasiado esquemático el sostener que la identidad “biológica” reposa sobre la estructura de los ácidos nucleicos.

de esta igualdad (“topológicamente” complementaria<sup>32</sup>) de configuraciones o fantasías en un conjunto específico al cual no pertenecen las dos manos de Juan Pérez, sino solamente la derecha. Hay algo que hace común, que comunica, las manos de Juan Pérez entre sí, dentro de un conjunto o “clase” de ácidos nucleicos específicos. Hay *otro* algo que comunica nuestras dos manos derechas entre sí, dentro de otro conjunto o “clase”, y que es específico de esta nueva común-unidad y no de la anterior.

La totalidad que configura el ámbito subjetivo no espacial que Portmann denomina “interioridad” sólo puede ser aprehendida por otra totalidad subjetiva, tal como ocurre en el fenómeno de la identificación o de la contratransferencia. Dicha aprehensión, que implica la comunicación inconciente de un significado, implica también el “reconocimiento” de la pertenencia a un mismo conjunto. La fantasía específica (“psicosomática”) que corresponde a este conjunto configura, por lo tanto, un “lenguaje” que constituye la matriz de lo que habitualmente denominamos lenguaje.

## Resumen

*Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, pág. 76.

Partiendo de algunos elementos que pertenecen a la teoría de la comunicación, a la cibernética y a la biología de nuestra época, se abordan en el presente trabajo las relaciones que existen entre las configuraciones dinámicas de la materia que conforma a los seres vivos y el concepto psicoanalítico de fantasía inconciente. Se plantea como tesis, apoyada en otros trabajos, la existencia de fantasías inconcientes específicas para cada una de las configuraciones funcionales que pueden separarse conceptualmente del conjunto que constituye un ser humano en su contorno biológico y social.

Los postulados psicoanalíticos que Freud sostiene en sus estudios acerca de la histeria nos permiten considerar a estas fantasías específicas como los elementos inconcientes que configuran la matriz del lenguaje.

---

<sup>32</sup> Este aspecto, la “complementariedad topológica”, no sólo contiene o simboliza la diferencia de “ubicación” o “punto de vista” que genera la necesidad de la comunicación, sino que nos introduce en interesantes consideraciones acerca de la transferencia “fraterna” como campo *simétrico*, o como producto “racémico”, que no podemos desarrollar aquí.

---

**NOTA EDITORIAL DE *UN ESTUDIO*  
*DEL HOMBRE QUE PADECE***

---

(1970)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1970s)** “Nota editorial de *Un estudio del hombre que padece*”.

## **Primera edición en castellano**

Se publicó con el título “Nota editorial” en:

AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 9-10, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

Junto al *homo sapiens*, el que sabe, y al *homo faber*, el que hace, posee una trascendencia semejante el *homo patiens*, en su doble condición de hombre que padece y es paciente. Paciente como enfermo, pero también paciente como médico, ya que el hombre que busca en el otro alivio para su enfermedad, y ese “otro” que, como producto de una complicada coyuntura, se encuentra situado en la condición de médico, quedan hermanados, de una manera conciente o inconciente, en un mismo padecimiento compartido.

En el hombre que padece la enfermedad encontramos también al *homo faber*, el hombre que la hace, la crea en sí mismo o en el otro, como un producto de su arte muchas veces inconciente, en un intento más o menos imperfecto por deshacerse del sufrir, mostrándonos que enfermedad y terapéutica confluyen así de una manera insospechada como partes de una misma intención. También encontramos, en el hombre que padece la enfermedad, al *homo sapiens*, al que “sabe”, al que aprende en sí mismo o en el otro acerca de las formas y caminos de la enfermedad o la terapéutica.

Con el título *Un estudio del hombre que padece* hemos reunido en este volumen trabajos que se fueron gestando como producto de una íntima y recíproca influencia entre sus autores. Teniendo en cuenta esta génesis particular, hemos procurado ordenarlos de la manera más parecida posible a como fueron surgiendo “cronológicamente” las ideas en ellos incluidas. Esto, junto a las fechas y referencias cruzadas entre los distintos artículos, constituye la mejor historia que podemos intentar en cuanto al desarrollo de tales ideas. Los trabajos fueron realizados por un grupo de psicoanalistas cuya labor, dedicada a profundizar en la comprensión

de los contenidos inconcientes de esa interrelación humana, social en el mejor sentido de la palabra, que forma desde tiempos inmemoriales la base fundamental de toda terapéutica, culminó en la creación del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática.

*Un estudio del hombre que padece* representa, pues, el intento de tender un puente cada vez más sólido desde el *homo patiens* hacia el hombre que sabe y hace acerca de la enfermedad propia o ajena. Un intento de llegar a integrar en la medicina al sujeto que Unamuno, en algún lugar, llama: “El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme, y piensa y quiere, el hombre que se ve y quien se oye, el hermano, el verdadero hermano”.

---

**SOBRE LA ORIENTACIÓN DE  
NUESTRO PERIÓDICO**

---

(1970)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1970t) “Sobre la orientación de nuestro periódico”.**

## **Primera edición en castellano**

*Periódico Informativo*, año 3, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1970, pág. 1.

Con el deseo de brindar las páginas de nuestro *Periódico Informativo* a la posibilidad de que un grupo de personas que formaron parte del núcleo fundador del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática exponga el cuerpo de ideas que constituyeron la base de nuestro Centro, e integre en dicho cuerpo, dentro de un proceso continuo y paulatinamente, nuevos elementos, iniciamos en este número la publicación de un apartado que, bajo el título “Notas de la redacción”, se propone reunir contribuciones espontáneas y breves, escritas por las personas que, a partir de este momento y con este fin, pasan a constituirse en redactores o colaboradores permanentes de este periódico. El tema y el contenido de las notas incluidas en las páginas de la mencionada sección son elegidos por los autores que las firman, sin intervención ni sugerencia alguna por parte de quienes tenemos a nuestro cargo la confección del *Periódico Informativo*.

Esperamos lograr de esta manera un periódico que, profundamente arraigado en el seno de nuestro Centro y de nuestras ideas, vaya creciendo como núcleo de una futura revista abierta a las colaboraciones provenientes de las más diversas fuentes e ideas. Obtener dichos objetivos, mediante una tarea lenta y prolija que se realice en el ámbito de un progresivo y merecido prestigio, materializado en *una publicación que se desee leer*, implicará volcar en estas páginas sólo lo mejor de cada uno. Lo intentaremos, pero es una tarea que involucra a numerosas personas y factores de naturaleza compleja. Únicamente el futuro podrá darnos la respuesta de si, entre todos, lo hemos logrado.



---

# **EL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD**

---

(1971)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1971a) “El significado de la enfermedad”.**

## Ediciones en castellano

*Periódico Informativo*, año 4, N° 1, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 3-7.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 33-35.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 59-62.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 47-50.

## Traducción al italiano

“Il significato della malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 69-72.

El pensamiento que nos conduce a considerar los síntomas y los diferentes estados morbosos como efectos que derivan de causas admite una alternativa que amplía el campo de la medicina y que consiste en estudiar el significado inconciente de estos mismos fenómenos. Afirmar esto dentro del terreno del psicoanálisis, y de la medicina psicosomática que de él deriva, es hoy casi un lugar común. Sin embargo, puede resultar útil, como introducción al concepto de significado inconciente, el meditar algunos instantes acerca de los significados del significado.

La palabra “significado” es un participio pasivo del verbo cuyo infinitivo es “significar”. Un significado es, por de pronto, aquello realizado por un significante en el acto de significar. Mediante el acto de significar coloca un signo en aquello que pasa así a quedar significado. Desde el punto de vista etimológico, un signo es una seña, una señal, una marca, una bandera, una insignia. Una marca o señal es lo que permitirá distinguir nuevamente una cosa que ahora he separado de otra, diferenciarla e identificarla entre otras que podrían parecer iguales. Así procedió Pulgarcito en el bosque, *señalando* con las migas de pan el camino de vuelta.

De lo anterior se deduce que yo, el significante, sujeto activo del verbo, señalo o significo un objeto, por ejemplo una cabeza de ganado, porque alguien, o yo mismo, no lo volvería a reconocer si no fuera por la marca que le hice. Si bien un significado es, ante todo, un “elegido” por el significante que le “coloca” el signo, es, obviamente, algo más.

Ayer leía un libro que me interesaba y, en cada pasaje, resonaban dentro de mí multitud de pensamientos y afectos, precisamente aquellos que motivaban mi interés. Estos pensamientos y afectos, no siempre concientes, son a veces irrecuperables en una segunda lectura. No todos

los párrafos me interesaban de la misma manera y, previendo esa segunda lectura, subrayé algunos. Marqué con una cruz otros. Coloqué signos de interrogación en ciertos pasajes dudosos. Anoté también, “telegráficamente”, referencias o conceptos correlacionados. Todas esas marcas son signos mediante los cuales yo, el significante, elegí determinados pasajes que quedaron, así, *significados*, distinguidos de todo el conjunto. Pero los signos con los cuales signifiqué contienen algo más que el mero distinguir esa cosa de otra. Contienen, o intenté que contuvieran, los pensamientos y afectos que poblaban mi ánimo, el criterio con el cual elegí. La vivencia que me acompañaba cuando signifiqué será lo significado con el signo. En la segunda lectura recibiré como mensaje, por lo menos una parte de la misma. Un objeto que he significado posee pues un mensaje, para mí o para el otro; una información que quedará comunicada, que viajará desde mi yo significante al yo observador que estudia el objeto significado. Este transcurso de la información ocurre cuando el observador recuerda, conoce o descubre, el código de la señal y puede interpretarla.

Volvamos ahora a la medicina. Supongamos, por ejemplo, que el signo de Musset fuera patognomónico de la insuficiencia aórtica, es decir, propio de esa enfermedad y sólo de ésta. Aceptado este supuesto, el signo de Musset *señala* la existencia de la insuficiencia aórtica. ¿Quién es aquí el significante, el sujeto activo del verbo significar? ¿Quién deja la huella, los vestigios que el investigador pesquisa y encuentra? ¿Es el enfermo que padece la afección y es al mismo tiempo el objeto significado? ¿Es una metáfora que transforma a la insuficiencia aórtica en “la persona que traza el dibujo del signo” mediante el reflujo diastólico de la sangre?

El sentido común propone aquí una respuesta que parece clara. Hubo una vez un poeta, Musset, que padecía, creo, una aortitis sifilítica acompañada por una insuficiencia aórtica; y hubo un médico –ignoro su nombre– que reparó en el sacudirse de la cabeza del enfermo en cada sístole cardíaco. Ese “reparar” fue un pensamiento que acompañó la experiencia del médico frente a Musset. Ese “reparar” fue a un mismo tiempo el efecto y la causa de esa experiencia, fue un comprender la relación, fue una teoría. El médico que “leía” en Musset esta relación no necesitaba, como Pulgarcito en el bosque, dejar una señal, en el propio Musset, del camino seguido por su pensamiento; escribió una “guía de viaje” que figura en los libros de patología bajo el título “signo de Musset” y que nos permite recorrer en otros pacientes un camino semejante.

La respuesta buscada parece entonces clara. El médico que observó a Musset es aquí el sujeto significante; la descripción es el signo; Musset, o el paciente al cual se le sacude de esa manera la cabeza, es el objeto sig-

nificado, de manera indirecta, en el papel del libro. Casi *ex profeso*, para penetrar en su sentido, hemos utilizado las palabras “significado”, “signo” y “significante”, en su acepción más literal. Sin embargo, este sentido ni es el habitual ni coincide exactamente con el utilizado por la lingüística moderna. En el caso de “significado”, esta acepción literal se refiere a un objeto marcado por el significante, sujeto activo del verbo. Habitualmente entendemos por significado el mensaje mismo, aquello que “queda” junto con el signo. Parece indudable que la vivencia que acompaña al sujeto significativo cuando significa, es *lo* significado en *el* objeto significado. Esta vivencia parece ser un método, un camino, un procedimiento, que se intenta preservar del olvido guardándolo, como información, en el signo.

Admitimos que el médico que atendía a Musset es el significante “que elige”, que “traza”, el “signo de Musset”, para comunicar el pensamiento que acompañó a su experiencia. El objeto es así significado, si no de modo directo como Pulgarcito significa al bosque, de modo indirecto, a través de un “mapa” en el libro de patología. Sea de uno u otro modo, el acto de significar un objeto es el producto de una teoría, de una experiencia subjetiva, de un camino particular recorrido por el sujeto significativo sobre el objeto significado. Pero, ¿qué ocurre con el propio Musset? ¿No contiene acaso él también un sujeto? ¿El movimiento en sacudidas de su cabeza no puede constituir el trazado de un signo, en cuyo caso el propio Musset sea el significante como sujeto y el significado como objeto? ¿No puede ser la enfermedad de Musset, y su existencia misma, lenguaje? ¿No puede ser una fantasía específica inconciente, un mensaje que Musset envía a Musset, o a quien se acerque a comprenderlo, y a través del cual intenta conservar, recuperar o sustituir la vivencia que acompaña al acto significativo? La existencia de esta actividad significativa inconciente, en aquello que hasta entonces fuera sólo un objeto significado por el médico observador, es, sin lugar a dudas, el descubrimiento de Freud. El verdadero signo “*de Musset*” será aquel que contenga la descripción de la vivencia significativa del propio Musset. El otro, el “clásico”, debería llevar el nombre del médico que lo describió.



---

**LA INTERIORIDAD DE  
LO INCONCIENTE**

---

(1971)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1971b) “La interioridad de lo inconciente”.**

## Ediciones en castellano

*Periódico Informativo*, año 4, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 15-19.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Algunos párrafos de este artículo, con escasas modificaciones, se incluyeron en “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma” (Chiozza, 1976c [1971]), publicado en este tomo.

En “Fundamentos y propósitos del CIMP” (Chiozza, 1968a), “La enfermedad en nuestro tiempo” (Chiozza, 1969a), “La investigación en medicina psicosomática” (Chiozza, 1970r) y “El significado de la enfermedad” (Chiozza, 1971a) hemos procurado, desde las páginas de nuestro periódico, y desde distintos ángulos, enfocar lo que a nuestro juicio constituye la esencia de una nueva orientación de la medicina, generalmente llamada psicosomática. Aquí nos ocuparemos de las fantasías específicas como elementos del lenguaje a través del cual se manifiesta la interioridad de lo inconciente.

Siempre que la palabra “enfermedad” (o sus equivalentes) ha sido pronunciada, en todas las épocas, lo ha sido como culminación de un pensamiento que, de manera conciente o inconciente, ha partido del sufrir, del malestar. Mirando hacia el pasado, vemos que aquello que ocurre en lo psíquico como padecimiento condujo muchas veces al examen del cuerpo como parte del afán por encontrar las “causas”. El cuerpo llegó a ser de esta manera, durante una época que finalizó con el descubrimiento del psicoanálisis, *la* fuente genética del malestar que denominamos enfermedad, y fue también por lo tanto, durante muchos años, el objeto principal de la medicina como actividad destinada a restablecer la salud.

A partir del psicoanálisis, lo psíquico volvió a adquirir, esta vez dentro de una arquitectura racional que nunca había poseído, un explícito reconocimiento en términos de capacidad genética. Esta duplicidad de la fuente genética expresada en la consideración de “causas somáticas” y “causas psíquicas” nació como necesidad, a través del estudio de la histeria, de examinar lo psíquico para comprender por lo menos una parte de lo que suele ocurrir en el cuerpo. El círculo se cierra; el interés por el padecer condujo hacia el examen del cuerpo, y el interés por el cuerpo condujo

nuevamente hacia el examen de lo psíquico. Así, en la coyuntura, en la íntima articulación genética y recíproca entre psiquis y soma, nació, junto con el psicoanálisis, la medicina psicosomática.

Pero la reciprocidad genética entre psiquis y soma sólo constituye la primera y más ingenua formulación de la patología psicosomática, acompañada generalmente por el lugar común de que ambos, psiquis y soma, se hallan íntimamente unidos, que no pueden ser, unilateralmente, desestimados, o que deben ser concebidos como formando parte de una integración que no debe descuidarse.

Una “segunda” formulación enfatiza la unidad biológica del ser humano y la inconveniencia del término “psicosomático”, ya que esta palabra contiene en sí misma la disociación de esa unidad en una “psiquis” y un “soma” de alguna manera combinados. Cuando, hace ya algunos años, nos iniciamos en nuestro interés por el tema, nos apoyamos en esta tesis para afirmar que la unidad del fenómeno vital *se manifiesta a la percepción conciente* a través de un “aspecto” o apariencia somática, el cuerpo, y un “aspecto” o apariencia psíquica, el alma o la mente. Agregaremos hoy una formulación más rotunda de nuestra convicción diciendo que, así como luz y sonido corresponden a la percepción sensorial discontinua de una gama ondulatoria continua, la discontinuidad entre psiquis y soma es un fenómeno de la conciencia. Además, ésta comienza a transformarse mediante la aprehensión de lo inconciente.

Una “tercera” formulación, más profunda, no ha utilizado la palabra “psicosomática” en su denominación, ni se detiene en las limitaciones del pensamiento causal que determina al enfoque genético. Constituye una línea que pasando por Groddeck (el ello como artífice de toda enfermedad) y por Weizsaecker (no solamente todo lo psíquico posee un correlato corporal sino que todo lo corporal posee un sentido) desemboca en nuestros días en las modernas ideas acerca de la comunicación y del lenguaje. La idea básica pertenece a Freud. Se trata de *la existencia de un sujeto significante inconciente* cuyo lenguaje utiliza como medios tanto a la palabra o el gesto como al síntoma, el trastorno, la forma, la función o el desarrollo. Si me viera forzado a definir la totalidad del psicoanálisis con una sola frase, elegiría la que acabo de expresar.

Afirmar la existencia de un sujeto significante inconciente implica haber tomado conciencia de la existencia de alguien que inconcientemente se comunica, que “habla”, “dibuja” o “imprime” un lenguaje, que transfiere formas ideales y las encarna, las materializa en sí mismo, en el mundo o en el otro. Implica simultáneamente alguien que escucha, que se afecta, o que interpreta un mensaje, alguien que contratransfiere.

Este fenómeno involucra tanto a la comunicación de la vergüenza a través del rubor como a la disminución del latido cardíaco que se produce como consecuencia del aumento de la presión en el seno carotídeo. Involucra también lo que ocurre entre los dos primeros blastómeros de un huevo de equinodermo, capaces de desarrollar cada uno de ellos medio embrión o un embrión completo según el otro blastómero se halle o no presente. También incluye la transformación de una semilla en un eucalipto a través de la modificación del mundo circundante. La comunicación de un mensaje involucra, pues, en su esencia elemental, la irradiación y la recepción de una influencia que emana ante la sola presencia de una configuración dinámica que evoluciona en un campo, y que, por obra de esta capacidad de irradiar un lenguaje, de efectuar y de recibir una transferencia, constituye una interioridad.

Dijimos que la discontinuidad psicósomática es un fenómeno propio de la conciencia. Teniendo en cuenta que Freud sostenía que las categorías tiempo y espacio derivan del modo de funcionamiento del sistema conciente-preconciente, podemos preguntarnos si es posible aplicar las categorías “psíquico”, “somático”, y aun “psicósomático”, a la calificación del inconciente, o si no serán ellas mismas modos de funcionamiento del sistema conciente-preconciente. Cuando Freud enfatizó la legitimidad de sostener la naturaleza psíquica de lo inconciente, su intención recaía, sin lugar a dudas, en la necesidad de deshacer una discontinuidad que provenía de la identificación unilateral de lo inconciente con lo somático. Veamos por ejemplo lo que ha escrito en el historial de Dora: “Habrà de extrañar especialmente mi resuelta actitud en la cuestión de lo inconciente, actitud que me lleva a operar con los impulsos, ideas y representaciones inconcientes cual si fuesen objeto tan indudable de la psicología como todo lo conciente... [tal] reproche transfiere injustificadamente a la teoría un carácter de la técnica. Sólo la técnica terapéutica es puramente psicológica” (Freud, 1905e [1901], pág. 653).

Si las nociones de materia e historia, que forman parte de los modos de captación del cuerpo y de la mente, derivan de las nociones de espacio y de tiempo emanadas del funcionamiento de nuestro sistema conciente, cabe afirmar que el inconciente configura un diferente ser de la existencia. Este ser es capaz de manifestarse a la conciencia como acontecimientos somáticos o psíquicos, pero las fantasías inconcientes no pueden categorizarse, en sí mismas, como un fenómeno psíquico, somático o psicósomático.

Hacer conciente lo inconciente modifica paulatinamente el campo y los fenómenos de la conciencia, transformando la discontinuidad que se manifestaba en esa conciencia como percepción separada de psiquis y soma. Hacer conciente lo inconciente implica cada vez más la percepción

de que idea, forma, movimiento y sustancia poseen una comunidad estructural que evoluciona y posee un sentido, que se determina como lenguaje en su capacidad de contener una información y de comunicar un mensaje.

Dijimos que por obra de su capacidad para irradiar un lenguaje esta configuración dinámica constituye una interioridad. Lo inconciente, sea sustancia, función o proceso, es, desde este punto de vista, una fantasía “dotada” de interioridad. Al mismo tiempo, cada una de estas fantasías inconcientes, en cuanto constituye *un* elemento del lenguaje, es siempre específica. Si estudiamos el proceso por el cual fueron conceptualizadas en psicoanálisis las fantasías orales, anales o genitales, vemos que la conciencia, al separar cada una de estas fantasías de una totalidad compleja y articulada, *al mismo tiempo que las denomina* las homologa o identifica con una zona erógena, una función, un proceso.

Es posible encarar de este modo, *trascendiendo los límites de un enfoque psicosomático*, la investigación de cada trastorno, cada sustancia, cada relación, en su estructura química o biológica, ecológica o social. Hemos realizado, con este fundamento, el estudio de las fantasías hepáticas, de las fantasías lagrimales y de la interioridad de los medicamentos. En “El qué-hacer con el enfermo” (Chiozza, 1970l [1968]), en “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina” (Chiozza, 1970m [1968]) y en “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje” (Chiozza, 1970q) elaboramos la raíz de estos conceptos.

La búsqueda de fantasías específicas, sean visuales o embrionales, mesenquimáticas o cardíacas, inmunitarias o tumorales, endoteliales o cerebrales, conducirá seguramente, a través de la obtención de un contenido, de una vivencia específica para cada conjunto nombrado, hacia el descubrimiento de distintas interioridades significativas también específicas. La captación de este significado específico constituye “nuevas” unidades del lenguaje que emergen de su propia fuente inconciente y que renuevan y enriquecen el sentido de las formas expresivas, determinando, al mismo tiempo, una ampliación de la conciencia.

---

**LAS FANTASÍAS ESPECÍFICAS EN LA  
INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA  
DE LA RELACIÓN PSIQUE-SOMA**

---

(1976 [1971])

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1976c [1971]) “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”.**

## Ediciones en castellano

Se publicó con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicósomática” en:

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 73-80.

Se publicó con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma” en:

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 125-136.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-107.

## Traducción al italiano

“Le fantasie specifiche nella ricerca psicomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 123-133.

Este artículo es una versión del texto introductorio a la mesa redonda sobre el mismo tema, realizada en el Centro de Investigación en Medicina Psicósomática en 1971.

Incluye algunos párrafos de “La interioridad de lo inconciente” (Chiozza, 1971b), publicado en este tomo.

## **El concepto como producto e instrumento de la investigación**

Tanto la vacuna antivariólica como la computadora o la teoría psicoanalítica son productos de la investigación; pero tomados como paradigmas, son productos muy diferentes. Mientras que el efecto de la vacuna antivariólica depende en muy escasa medida de la habilidad individual del que la utiliza, la computadora o la teoría psicoanalítica poseen el carácter de un instrumento cuyo efecto depende en alto grado de la habilidad desarrollada por el operador, habilidad que se desarrolla muchas veces después de la construcción del instrumento mismo.

También la computadora y la teoría psicoanalítica se diferencian entre sí desde este punto de vista. La computadora (me refiero al *hardware*) es un instrumento que se utiliza de manera explícita y “a sabiendas”. La teoría psicoanalítica puede en cambio, y además, ser utilizada implícitamente. Aprehendida ya sea de manera más o menos completa o fragmentariamente, puede participar en el pensamiento “sin saberlo” o “sin quererlo”.

Cuando el investigador, como es el caso de cualquier otro productor, se encuentra con la tarea de saber si su producto es necesario o, por lo menos, útil, si “funciona” brindando el resultado o el efecto que se esperaba de él, las dificultades de tal comprobación serán, como es obvio, y por los factores enunciados, muy diferentes según se trate de la vacuna antivariólica, la computadora o la teoría psicoanalítica.

El concepto de fantasías específicas, al mismo tiempo que es un producto, es un instrumento de la investigación psicosomática. Obviamente participa de las características que hemos ejemplificado con la teoría psicoanalítica. Si

queremos determinar lo que puede obtenerse con este concepto y no puede obtenerse sin él, es necesario considerar los factores que pertenecen a la habilidad del operador, especialmente bajo la forma de una clara comprensión del concepto, y tener en cuenta además los resultados obtenidos por su utilización implícita y muchas veces fragmentaria. Tales resultados generalmente no se atribuyen a su utilización en la medida en que dicha utilización es inconciente.

## **El problema de la especificidad en la patología psicosomática**

Freud creó prácticamente al mismo tiempo, durante el estudio de los fenómenos histéricos, el psicoanálisis y la *patología* psicosomática como teoría.

Años más tarde, en “Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión” (Freud, 1910*i*), diferencia explícitamente entre trastornos psicogenéticos, provocados por fantasías que se expresan simbólicamente a través de una alteración orgánica, y trastornos organoneuróticos, en los cuales el órgano utilizado por el conflicto que busca expresarse desempeña una función para la cual no es apto y sufre en consecuencia un trastorno secundario que no constituye en sí mismo una forma de lenguaje. Según este último planteo, el trastorno secundario no posee por lo tanto una relación específica con el conflicto que le ha dado origen y hubiera podido muy bien ser provocado por un motivo diferente.

La gran mayoría de los autores que se han ocupado de la problemática psicosomática han retomado el concepto de Freud acerca de las perturbaciones neuróticas del órgano, reservando la idea de “lenguaje corporal inconciente”, implícita en el concepto de conversión simbolizante, sólo para algunos entre los fenómenos histéricos.

Fenichel admite la existencia de unas pocas conversiones “pregenitales”; solamente ubica en esta categoría a los tics, el tartamudeo y una parte de los síntomas del asma.

En la opinión de este grupo de autores, junto a las enfermedades de causa orgánica existen otras de causa psíquica, y entre aquellos síntomas psicógenos de naturaleza somática solamente unos pocos corresponden *específicamente* a un determinado “contenido psicológico”. Este “contenido psicológico”, tal como Freud (1908*a*) lo expresa en “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”, es una fantasía inconciente que se exterioriza a través del síntoma en lugar de hacerlo a través de la conciencia.

El problema de la elección del órgano a través del cual se exterioriza dicha fantasía fue encarado consiguientemente mediante la consideración

de una causa concurrente, por ejemplo la debilidad de un órgano, apoyándose en el concepto freudiano de la “complacencia somática”, o también de la asociación existente entre el conflicto actual y un recuerdo que involucra la representación del órgano elegido por la conversión.

No todos los autores, sin embargo, han elegido esta línea del pensamiento de Freud. Para el propósito que nos anima, sólo nos basta consignar aquí que son muchos los que han dedicado una parte de su esfuerzo a la investigación de los conflictos específicos en la llamada “psicogénesis” de algunas enfermedades “somáticas”. La inmensa mayoría, sin embargo, lo ha hecho guiada por la idea de las clásicas fantasías orales, anales, fálico-uretrales y genitales, y utilizando en general los criterios nosológicos con los cuales la patología médica tradicional identifica y nombra a las enfermedades. Creo que esta afirmación es, en esencia, válida, a pesar de los diferentes matices que no caben en un resumen tan apretado, y a pesar también de la existencia de algunas líneas de pensamiento que constituyen, aunque sólo en parte, una excepción y a las cuales me referiré enseguida.

También es importante señalar que, hasta donde he podido comprobar, ninguno de los autores que pertenecen al campo del psicoanálisis, incluyendo en esta enumeración al mismo Freud, asume explícitamente la rotunda afirmación de Weizsaecker (1946-1947) –que seguramente Groddeck hubiera suscripto– acerca de que todo lo corporal (incluyendo enfermedad, forma, función y desarrollo) posee un sentido psicológico.

La primera de las excepciones a las cuales aludí anteriormente consiste en que el profundo interés y la original contribución de la escuela argentina a la investigación psicósomática parece provenir de una profunda convicción implícita acerca de que todo lo corporal posee un sentido psicológico.

Fue para mí una sorpresa descubrir que esta convicción no era sostenida explícitamente en el seno de nuestro pensamiento psicoanalítico, así como no era sostenida explícitamente por Freud. Por el contrario, tanto en uno como en otro caso es posible hallar muchas afirmaciones que corresponden a la tesis opuesta.

Encontramos la segunda excepción en las postulaciones de Garma y Rascovsky. Garma (1954) describe fantasías oral-digestivas. Rascovsky (1957) sostiene la existencia de un psiquismo fetal y la fundamental importancia de las representaciones visuales durante la vida fetal. Ambas formulaciones representaron un intento de trascender el esquema formado por las clásicas fantasías orales, anales, fálico-uretrales y genitales.

Sin embargo, Rascovsky no integró sus conceptos acerca de la regresión fetal con los de Freud acerca de las zonas erógenas, la primacía y la fijación (a pesar de que la fijación era, para Freud, inseparable condición de

la regresión), y Garma no diferencia a lo digestivo como una nueva fantasía, dependiente de la zona erógena gástrica, sino que integra lo digestivo con lo oral, de manera que el concepto de lo oral-digestivo pasa en cierto modo a ser utilizado en el lugar que antes ocupaba el concepto de oralidad.

En sus investigaciones posteriores, ninguno de ambos autores continuó con la búsqueda de nuevas fantasías que intentaran trascender, como las anteriores, el esquema clásico. Como consecuencia de lo que acabamos de decir, no investigaron los diferentes trastornos guiados por un criterio nosológico surgido de la propia investigación psicoanalítica.

Trazar una historia de la evolución de la problemática acerca de la especificidad en medicina psicosomática es una tarea que cada día se hace más compleja. En homenaje a la brevedad me limitaré a señalar que en oportunidad de emprender, hace ya más de quince años<sup>33</sup>, la investigación psicoanalítica de los trastornos hepáticos, esta problemática se hallaba más o menos en el punto que acabo de reseñar muy sucintamente. El concepto de fantasías específicas surgió de esas raíces y al calor de la influencia ejercida por esas ideas.

Con respecto a la utilidad del concepto de fantasías específicas creo que la situación puede resumirse en dos posiciones.

Si creemos que es imposible describir en cada trastorno un conflicto específico, toda investigación psicosomática pierde en el acto su principal razón de ser, ya que la coexistencia de un componente psicológico inespecífico en cualquier enfermedad, y aun su coparticipación genética, parecen estar hoy más allá de toda duda.

Si creemos, en cambio, que es posible descubrir un contenido psicológico específico, nos encontramos con que el esquema formado por las fantasías clásicas resulta insuficiente, a todas luces, tanto en la teoría como en el ejercicio de la investigación, para interpretar adecuadamente los fenómenos y su especificidad.

Debemos admitir, al mismo tiempo, que la búsqueda de un contenido específico que trascienda los límites de las fantasías clásicas implica la utilización explícita o implícita del concepto de fantasías específicas.

## **Desarrollo del concepto “fantasías específicas”**

Cuando en el historial de Isabel de R. (Freud y Breuer, 1895*d*) Freud nos habla de las condiciones que determinan la elección del órgano, además de los dos factores que ya mencionamos (la complacencia somática

<sup>33</sup> Contados desde 1971, año de la presentación de este trabajo.

y la simbolización que deriva de una asociación mnémica), se refiere a un mecanismo que denomina conversión simbolizante.

Cuando opera este mecanismo, la elección del órgano queda determinada por la capacidad de este órgano para representar simbólicamente la fantasía que permanece inconciente. Esta capacidad se halla en la base de lo que años más tarde denominará “el lenguaje del órgano” (Freud, 1915e). En “Lo inconciente” (Freud, 1915e) señala, *además*, que todo órgano o parte del cuerpo “se arroga la representación” global o general de todos aquellos procesos en los cuales interviene de una manera preponderante.

Nos interesa subrayar especialmente, en este momento, que Freud, en el mismo historial de Isabel de R., afirma que la conversión simbolizante afecta también a órganos de la vida vegetativa, tales como el corazón o el aparato digestivo, y llega a sostener que tanto la histeria como el lenguaje extraen quizás sus materiales de una misma fuente.

En *Tres ensayos para una teoría sexual* (Freud, 1905d), en “Los instintos y sus destinos” (Freud, 1915c) y en “El problema económico del masoquismo” (Freud, 1924c), realiza Freud sucesivamente las siguientes observaciones:

- 1) pueden funcionar como zonas erógenas todos y cada uno de los órganos;
- 2) del examen de los fines del instinto muchas veces pueden ser deducidas las diversas fuentes orgánicas que le han dado origen;
- 3) todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual.

Agreguemos además que en varios de los trabajos de Freud, en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920g) por ejemplo, nos transmite un concepto “amplificado” de lo psíquico inconciente, como algo que es posible atribuir a las formas biológicas más simples.

Integrando las postulaciones freudianas que acabamos de mencionar, plantharemos la línea conceptual que nos ocupa.

Toda estructura o proceso corporal constituye una fuente somática de un impulso cualitativamente diferenciado. Este impulso es al mismo tiempo una fantasía inconciente propia y particular, *específica*, con respecto a esa estructura o proceso.

Más aún, cuando decimos, siguiendo a Weizsaecker (1946-1947), que todo lo corporal posee un sentido psicológico, no presuponemos, como lo ha señalado repetidamente Bleger, la existencia de un contenido psicológico que *se convierte* en uno corporal, sino que la existencia misma del fenómeno somá-

tico constituye una conducta dotada de un sentido psicológico. Por eso sostenemos que la estructura o proceso corporal y la fantasía inconciente *específica de aquél* son una y la misma cosa vista desde dos puntos de vista diferentes.

Con el fin de evitar algunos equívocos que suelen plantearse en este punto, volveremos a citar las palabras que escribimos en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* hace ya algunos años (Chiozza, 1963a, págs. 28-29<sup>34</sup>):

...nada se opone a que una vesícula biliar con un cálculo, por ejemplo, *simbolice* a un útero con un feto muerto –se suele decir “parto” de un cálculo–. Que esto signifique *toda la psicogénesis*, siquiera de un caso particular de litiasis, es otra cosa que *no* estoy afirmando, puesto que atribuir el origen de tal afección sólo a tal fantasía implica ir más allá de lo que pretendo en este lugar. Pero un operado de vesícula “puede” haberse castrado simbólicamente, y un esfínter de Oddi puede simbolizar al ano, y, aún más, nada se opone, *teóricamente*, a que eso haya originado una afección, si tiene suficiente *capacidad patoplástica corporal*.

...nos ocuparemos principalmente de investigar aquellas fantasías contenidas en “lo hepático” que puedan ser consideradas específicas, vale decir dotadas de cualidades que consideramos propias de “el hígado” como estructura psicocorpórea, dejando de lado, en lo posible, las fantasías surgidas por la erotización del órgano con libido proveniente de otras zonas erógenas.

Al considerar así *fantasías hepáticas*, como se habla, por ejemplo, de fantasías orales, no nos ocupamos en particular de las enfermedades hepatobiliares descritas por la patología clásica; pero en cambio nos ocuparemos de fantasías contenidas en todas ellas, como algo que consideramos esencial para su formación.

Se suscitan ahora dos cuestiones fundamentales cuyo desarrollo sólo puedo esbozar en este lugar.

La primera es si el sentido psicológico que lo corporal posee le es realmente propio, es decir específico y particular, o le es atribuido por el observador que interpreta. Cuando profundizamos en el estudio de la transferencia-contratransferencia, nos damos cuenta de que ambas posiciones sólo aparentemente son antagónicas, dado que confluyen en una misma

<sup>34</sup> {La cita pertenece al capítulo I de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar*, titulado “Método, límites y contenido del presente trabajo”. Este capítulo fue publicado independientemente en 1995 (Chiozza, 1995d [1963]) e incluido en el tomo I de esta OC.}

fuente somática de los impulsos inconcientes que determinan cuáles serán los símbolos elegidos.

La segunda es si la estructura o el proceso corporal, que constituye una configuración “artificialmente” abstraída del contexto por el observador, puede ser considerada una fantasía, es decir si pueden atribuírsele las cualidades de lo psíquico. Señalemos a este respecto solamente que cuando decimos que toda configuración dinámica que evoluciona en un campo es al mismo tiempo una fantasía, no es nuestra intención confundir los distintos niveles o las distintas cualidades de la evolución de la fantasía, del sueño o del mito.

No se trata de confundir el “proyecto” de eucalipto que se encuentra contenido en algún lugar y en algún tiempo de la semilla, con las múltiples combinaciones del gambito de dama presentes en algún lugar y tiempo de un ajedrecista. Se trata de comprender que hay algún tipo de invariante, que hay algo que nos conduce a pensar que ambas “ideas” se hallan presentes de un modo semejante, constituyen un procedimiento análogo, o, por lo menos, que si recorremos en sentido regresivo la escala de la evolución ontogenética o filogenética, es imposible decir: aquí, en este punto, se acaba la fantasía; o decir que la fantasía conserva toda la complejidad que se observa en los seres más evolucionados hasta llegar a un límite en que desaparece bruscamente.

Las dos cuestiones planteadas contienen una problemática fundamental: se trate de la cuestión en términos de fantasía inconciente, de idea, de psique, de interioridad o de impulsos, queda implícita la idea de un sujeto que ejercita la actividad, y ya que esta actividad puede ser “leída”, queda implícita también la capacidad de este sujeto de manifestarse a través de una “escritura”.

Se trata de *la existencia de un sujeto significante inconciente* cuyo lenguaje utiliza como medios tanto a la palabra o el gesto como al síntoma, el trastorno, la forma, la función o el desarrollo. Si me viera forzado a definir la totalidad del psicoanálisis con una sola frase, elegiría la que acabo de expresar.

Afirmar la existencia de un sujeto significante inconciente implica haber tomado conciencia de la existencia de alguien que inconcientemente se comunica, que “habla”, “dibuja” o “imprime” un lenguaje, que transfiere formas ideales y las encarna, las materializa en sí mismo, en el mundo o en el otro.

Implica simultáneamente alguien que escucha, que se afecta, o que interpreta un mensaje, alguien que contratransfiere. Este fenómeno involucra tanto la comunicación “extrasistémica” de la vergüenza a través del rubor

como la disminución de la frecuencia del latido cardíaco que se produce como consecuencia del “conocimiento intrasistémico” del aumento de la presión en el seno carotídeo.

Involucra también lo que ocurre entre los dos primeros blastómeros de un huevo de equinodermo, capaces de desarrollar cada uno de ellos medio embrión o un embrión completo según el otro blastómero se halle o no presente. También incluye la transformación de una semilla en un eucalipto a través de la interrelación con el mundo circundante.

*La comunicación de un mensaje involucra, pues, en su esencia elemental, la irradiación y la recepción de una influencia que emana ante la sola presencia de una configuración dinámica que evoluciona en un campo y que, por obra de esta capacidad de irradiar un lenguaje, de efectuar y recibir una transferencia, de duplicar o transformar una idea que “viaja” de materia a materia, constituye una interioridad.*

Cabe pensar que así como luz y sonido corresponden a la percepción sensorial discontinua de una gama ondulatoria continua, *la discontinuidad entre psique y soma es un fenómeno de la conciencia.*

*Si las nociones de materia e historia, que forman parte de los modos de captación del cuerpo y de la mente, derivan de las nociones de espacio y de tiempo, que de acuerdo con Freud emanan del funcionamiento de nuestro sistema conciente-preconciente, cabe afirmar que el inconciente configura un diferente ser de la existencia. Este ser es capaz de manifestarse a la conciencia como acontecimientos somáticos o psíquicos; pero las fantasías inconcientes no pueden categorizarse, en sí mismas, como un fenómeno psíquico, somático o psicossomático.*

Hacer conciente lo inconciente modifica paulatinamente el campo y los fenómenos de la conciencia, transformando la discontinuidad que se manifestaba en esa conciencia como percepción separada de psique y soma. Hacer conciente lo inconciente implica cada vez más la percepción de que *idea, forma, movimiento y sustancia poseen una comunidad estructural que evoluciona y posee un sentido.* Este sentido se determina como lenguaje en su capacidad de contener una información y de comunicar un mensaje, una idea que se abstrae del conjunto, que “viaja” y se transfiere de materia a materia.

Dijimos que por obra de su capacidad para irradiar un lenguaje, esta configuración dinámica constituye una interioridad. Lo inconciente, sea sustancia, función o proceso, es, desde este punto de vista, una fantasía “dotada” de interioridad. Al mismo tiempo, cada una de estas fantasías inconcientes, en cuanto constituye *un* elemento del lenguaje, es siempre específica.

Si estudiamos el proceso por el cual fueron conceptualizadas en psicoanálisis las fantasías orales, anales o genitales, vemos que la conciencia,

al separar cada una de estas fantasías de una totalidad compleja y articulada, *al mismo tiempo que las denomina* las homologa o identifica con una zona erógena, una función, un proceso.

Es posible encarar de este modo, trascendiendo los límites de un enfoque psicosomático, la investigación de cada trastorno, cada sustancia, cada relación, en su estructura química o biológica, ecológica o social.

La búsqueda de fantasías específicas, sean visuales o embrionales, mesenquimáticas o cardíacas, inmunitarias o tumorales, endoteliales o cerebrales, conducirá seguramente, a través de la obtención de una vivencia específica para cada conjunto nombrado, hacia el descubrimiento de distintas interioridades significativas también específicas.

La captación de este significado específico constituye “nuevas” unidades del lenguaje que emergen de su propia fuente inconciente y que renuevan y enriquecen el sentido de las formas expresivas, determinando, al mismo tiempo, una ampliación de la conciencia.



---

# APUNTES SOBRE METAPSICOLOGÍA

---

(1972)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1972a) “Apuntes sobre metapsicología”.**

### Ediciones en castellano

Se publicó con el título “Apuntes para una metapsicología del conocimiento médico” en:

*IV Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, CIMP, Buenos Aires, 1972, págs. 31-36.*

Se publicó con el título “Apuntes sobre metapsicología” en:

*Eidon, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 53-61.*

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 95-101.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 187-196.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 181-188.

### Traducción al italiano

“Appunti sulla metapsicologia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 152-160.

## **Configuración del deseo**

Admitimos que la experiencia, sea de satisfacción o dolorosa, deja una huella mnémica que corresponde al objeto de la experiencia y al tipo particular de actividad del yo vinculada a esa experiencia.

El resurgimiento de la necesidad provoca la recarga de la huella inconciente que corresponde a la anterior experiencia de satisfacción y la transforma en una re-presentación o fantasía que denominamos deseo. Esta re-presentación, que forma parte del sistema inconciente, es al mismo tiempo una representación de impulso instintivo y una representación objetiva, ya que es un “recuerdo” inconciente surgido de la recarga de la huella mnémica inconciente, que es una huella del objeto y de la actividad del yo durante la primitiva experiencia de satisfacción.

Pero cuando decimos una huella del objeto y de la actividad del yo, pocas veces tenemos en cuenta la enorme complejidad de esta huella. Nos gusta trazar un esquema en el cual el objeto es, por ejemplo, el pecho, y la actividad es la succión que se realiza con la boca. Sin embargo, esta huella debe forzosamente contener, además de la rica diferenciación de los sentidos en sonidos, imágenes visuales, olores, sabores y experiencias táctiles, la compleja experiencia que corresponde a la preparación de los jugos digestivos, a la digestión del alimento y a su asimilación, pasando por sensaciones de carácter intermedio, tales como la que corresponde a la leche y su tibieza descendiendo por la garganta y el esófago, o el conjunto cenestésico que corresponde a la ubicación del cuerpo en el regazo materno.

La actividad de mamar es un concierto polifacético que constituye una experiencia compleja, cuya realización admitimos que es posible gracias

a que el organismo mismo es un engrama o huella mnémica de las actividades anteriores. La recarga de las huellas mnémicas heredadas constituye el primer deseo de mamar y pone en movimiento la primera experiencia individual a través de la realización del acto.

Es precisamente el carácter complejo de esta experiencia el que permite comprender el íntimo entretejido de las huellas mnémicas vinculadas a las experiencias de satisfacción con aquellas otras vinculadas a las experiencias dolorosas. Piénsese, por ejemplo, en la profunda perturbación que introduce un catarro nasal en el acto de mamar, epicentro de la vida placentera del lactante.

Subrayar la complejidad de los restos mnémicos de las experiencias tiene por finalidad el insistir en que la fantasía inconciente que corresponde a la catexis desiderativa de tales engramas es en realidad un mosaico constituido por elementos adquiridos y heredados que son otras tantas fantasías inconcientes vinculadas específicamente con el funcionamiento de las distintas zonas erógenas, que aportan, de acuerdo con Freud, sus propios fines, cualitativamente diferenciados, a la configuración de las representaciones de impulsos instintivos.

Estas representaciones de impulsos, inseparables de las representaciones objetivas, constituyen las fantasías inconcientes y se estructuran continuamente en nuevas representaciones, algunas de las cuales configuran los derivados preconcientes y concientes vinculados a la reactivación de los restos mnémicos de la percepción acústica y visual bajo la forma de palabra e imagen. Tanto la una como la otra agrupan o evocan una serie de representaciones que hunde sus raíces en el inacabable retículo de la vida inconciente.

Los fenómenos de transformación y las vinculaciones que experimentan entre sí estos elementos del mundo de las representaciones han sido descritos por Freud en forma de leyes o principios que agrupa en dos procesos: primario y secundario.

## **El sistema de la conciencia**

El sistema de la conciencia se subdivide en dos sistemas. Uno es el sistema percepción-conciencia, que constituye el órgano receptor de las cualidades sensoriales y que dispone de energía libremente móvil, una parte de la cual es utilizada en forma de atención. El otro es el sistema preconciente, que incluye una parte de los sistemas mnémicos, configura el proceso secundario y dispone de la capacidad de ligar la excitación mediante la existencia de un nódulo, el yo, que se conforma como un conjunto de “pre-juicios” que constituyen el carácter.

El sistema percepción-conciencia percibe los datos provenientes de la percepción sensorial actual y percibe las sensaciones de la serie displacer-placer. Percibe también las representaciones que bajo la forma de ideas o afectos derivan de esos datos “externos” o “internos” y de las fantasías inconcientes. Percibe además una parte del proceso que opera con esas representaciones.

Las huellas mnémicas preconcientes verbales o visuales provenientes de la percepción sensorial son utilizadas para organizar, evocar e interpretar, es decir para calificar, los datos de la serie displacer-placer. Estos últimos, así calificados, pasan a constituir las emociones conocidas por oposición a las sensaciones inefables.

Las fantasías inconcientes inherentes a los datos de la serie displacer-placer y sus derivados preconcientes determinan la meta final de los procesos de pensamiento y de conocimiento que se dirigen hacia el logro de la acción eficaz.

De manera que todas y cada una de las representaciones con las cuales opera el sistema secundario son continuamente entretejidas con el núcleo de pre-juicios que constituye al yo y con productos surgidos actual y materialmente de esos dos ámbitos de la percepción, la serie “interna” displacer-placer y el aporte “externo” de los órganos de los sentidos.

## **La descarga del deseo**

El deseo puede ser descargado mediante la intervención de un objeto presente en la realidad material, o puede ser descargado mediante la reactivación alucinatoria de la huella, cuya presencia psíquica es entonces confundida con la presencia de la realidad material. Aclaremos que tanto en uno como en otro caso ocurren cambios materiales, pero nos referimos simplemente a la diferencia que existe entre la presencia de un objeto, su recuerdo, y la percepción alucinatoria del mismo. Esta diferencia no es ociosa, ya que admitimos que en el primer caso la descarga del deseo se une a la satisfacción de la necesidad.

Entendiendo la realización (o el cumplimiento) del deseo en términos de descarga de la huella que lo codetermina, el deseo se realiza siempre, pero cuando esta realización se obtiene a través de una alucinación, el estado de descarga es efímero, puesto que la necesidad insatisfecha recarga al deseo dentro de una estructura cada vez más desorganizada.

Esta última situación conduce a que el placer en un sistema se acompañe de displacer en el otro. El camino que conduce desde el recuerdo de la expe-

riencia de satisfacción a la descarga del deseo con un objeto de la realidad material implica varias condiciones. Es necesario que la sobrecarga del recuerdo no llegue al extremo de reactivar las huellas de la percepción, ya que en ese caso la descarga sería alucinatoria. Es también necesario, por lo tanto, que la descarga con plena catexis quede coartada por la inhibición que proviene de la experiencia dolorosa organizada como un “pre-juicio” del yo, mientras tanto se desplazan pequeñas cantidades tentativas de excitación a través de una serie de representaciones sustitutivas que buscan una identidad secundaria entre las huellas de percepción de los objetos materialmente presentes y las huellas que corresponden al recuerdo de la experiencia de satisfacción.

La identidad entre percepción y recuerdo nunca es absoluta, como en el caso de la identidad primaria que se obtiene cuando la reactivación alucinatoria del recuerdo lo transforma directamente en percepción. El grado de correspondencia es suficiente cuando la descarga, a plena cantidad, del deseo, se acompaña con la satisfacción de la necesidad.

## **Pensamiento, conocimiento y acción eficaz**

El desplazamiento de pequeñas cantidades tentativas constituye el pensamiento. Su conclusión en la identidad secundaria, o el fracaso en el logro de esta identidad, constituye el juicio. El juicio afirma o niega la identidad entre presencia material y recuerdo. Nos introducimos así en el núcleo del problema epistemológico.

Las cadenas asociativas que constituyen el curso de nuestro pensamiento están formadas por el conjunto de representaciones que configuran el conocimiento.

Llamamos conocimiento a la capacidad de obtener un grado de correspondencia suficiente como para poder anticipar las consecuencias de la acción. De este modo, la acción se transforma en acción eficaz, es decir, una acción que es capaz de hacer cesar el flujo de cantidad mediante una modificación en la fuente somática que origina la necesidad.

Cuando se indaga acerca de las formas en que es posible obtener un grado tal de correspondencia, se entra de lleno en el debatido campo de la epistemología. Eludamos, como le gustaba decir a Freud, semejante tentación. Mencionemos en cambio cuál es la concepción epistemológica que más nos convence. Nos permitirá contemplar desde otro ángulo el íntimo entretejido de lo que denominamos percepción de los objetos “externos” (conocimiento “objetivo”) con el mundo de los significados (conocimiento “subjetivo”) derivados de los impulsos “internos”, sus

motivos y su sentido. La encontramos en *Filosofía de las formas simbólicas*, de E. Cassirer (1923-1929), y fue planteada por H. Hertz en la introducción a sus *Principios de mecánica*.

Según esta concepción, las representaciones que constituyen el conocimiento no “copian” de manera directa o ingenua la realidad material a través de la reproducción, en el mundo de las imágenes, de las unidades elementales que pretendidamente constituyen el mundo de la realidad material. Por el contrario, la regla epistemológica básica consiste en formar “imágenes virtuales internas o símbolos” de los objetos exteriores, de tal modo que “las consecuencias lógicamente necesarias de las imágenes sean siempre las imágenes de las consecuencias naturalmente necesarias de los objetos reproducidos”.

Estas imágenes constituyen un modelo analógico, para construir el cual se ha abandonado la búsqueda de una coincidencia de elementos aislados reemplazándola por la búsqueda de una semejanza “de funcionamiento”, que conduce a un tipo particular de coincidencia entre los resultados finales de ambos procesos, el lógico y el natural.

Escuchémoslo en las palabras del físico (Hertz): “Las imágenes a las cuales nos referimos son nuestras representaciones de las cosas; tienen con las cosas la sola concordancia esencial consistente en el cumplimiento de la exigencia mencionada, pero para su fin no es necesaria cualquier otra concordancia con las cosas. De hecho tampoco conocemos ni tenemos ningún medio para averiguar si nuestras representaciones de las cosas concuerdan con ellas en algo más que en aquella única relación fundamental” (citado en Cassirer, 1923-1929, págs. 14 y 15).

De esta conceptualización extrae Cassirer dos consecuencias importantes. La primera es que existen tantas estructuras diferentes del objeto del conocimiento como son diversos los medios o los puntos de vista en el planteamiento de un problema. La unidad esencial del objeto, si es que existe, transcurre en un campo inaccesible. La segunda es que en el mundo de imágenes particulares que configura cada ciencia no se refleja simplemente algo dado empíricamente, sino que este mundo de imágenes constituye el producto de un acto de creación autónoma, a través del cual “la simple presencia del fenómeno recibe una significación determinada, un contenido ideal peculiar” (Cassirer, 1923-1929, pág. 18).

## Los afectos primarios y secundarios

El sistema secundario, o sistema de la conciencia, como dijimos anteriormente, carga o descarga las distintas series de representaciones hasta

obtener la descarga del deseo a través de una identidad secundaria adecuada a los fines de satisfacer la necesidad.

En este proceso no sólo trabaja con los datos de la percepción sensorial actual, con las huellas mnémicas preconcientes de percepciones anteriores organizadas y evocadas por la palabra o la imagen visual, y con los derivados de aquellas representaciones, sean primitivas o reprimidas, que configuran las fantasías que pertenecen al sistema inconciente, sino también, y en primerísimo lugar, con las sensaciones de la serie *displacer-placer* que constituyen, una vez calificadas por las conciencias, los afectos propiamente dichos. Estos afectos propiamente dichos, que solemos denominar sentimientos, integran, junto con las ideas, las representaciones preconcientes.

El logro de la identidad secundaria a través del pensamiento implica la capacidad de tolerar la postergación de la descarga coartando mediante la defensa primaria, que nace de la experiencia dolorosa, el desarrollo de la plena cantidad que corresponde al modo primario del funcionamiento.

También es cierto que este proceso implica muchas veces el vencimiento del dolor que motivó otra “zona” de la defensa, aquella que separa el curso de un pensamiento particular de las representaciones que pueden brindarle un camino hacia la identidad secundaria buscada, camino que en el pasado quedó cerrado por una experiencia dolorosa perteneciente a un contexto actualmente inexistente.

La excitación que provoca los llamados afectos inconcientes proviene de los impulsos inconcientes que configuran el deseo. La carga que constituye el deseo, una vez sobrepasado cierto umbral, engendra *displacer*. La descarga del deseo es placentera, pero en el caso de la descarga alucinatoria esta experiencia placentera queda unida a una experiencia dolorosa, ya que la necesidad se satisface a expensas del propio organismo. Freud sostuvo que la esencia de la represión consiste en que el placer para un sistema implica *displacer* para el otro.

También afirmó Freud que los afectos son procesos de descarga y que son ataques histéricos universales, “específicos” y congénitos. Corresponden en cierto modo a la descarga “somática” de montantes de excitación retenidos que no han sido derivados por reacción.

Cuando la descarga se realiza según el modo primario del funcionamiento psíquico, mediante la utilización de la plena cantidad y en ausencia del objeto que satisface la necesidad, estamos en presencia de un afecto primario.

El núcleo de “pre-juicios” que constituyen el yo se estructura bajo la forma de lazos asociativos entre experiencias placenteras y experiencias dolorosas; estas últimas inhiben el desarrollo de la plena cantidad

y configuran el modo de funcionamiento secundario. Surgen así los afectos secundarios.

El carácter, como núcleo de “pre-juicios”, es al mismo tiempo una modalidad de respuesta afectiva. La descarga moderada que constituye los afectos secundarios vuelve a ser utilizada como señal que determina la inhibición o el progreso de la excitación.

Es esencial tener en cuenta que tanto los afectos primarios como aquellos otros atemperados que hemos llamado secundarios, equivalen a un componente instintivo, a un impulso, que se satisface en el propio organismo. Lo único que diferencia a los primeros de los segundos es la intensidad de esta descarga y, por lo tanto, la menor posibilidad de la elaboración cualitativa. Estos afectos inconcientes, una vez descargados, sólo perduran en lo inconciente como potencialidad disposicional; en esto se diferencian de la parte ideativa de la representación inconciente.

A partir de estas disposiciones o “afectos” inconcientes se estructuran a través de la participación del yo con sus inhibiciones, que equivale al establecimiento de ligaduras o umbrales de descarga, y mediante la atribución de signos de cualidad por parte del sistema de la conciencia, los afectos propiamente dichos, que forman parte de las representaciones pre-concientes y que solemos denominar sentimientos.

Si volvemos a la consideración de ese concierto polifacético constituido por la actividad de mamar, y retomamos nuestra afirmación de que la fantasía inconciente que corresponde a la catexis desiderativa de tales engramas es en realidad un mosaico complejo configurado por distintas fantasías específicas con respecto a las distintas zonas erógenas, podemos comprender ahora que la estructura de los afectos inconcientes coincida “punto por punto” con la estructura de ese concierto.



---

**LA CAUSA Y EL PORQUÉ DE  
LA ENFERMEDAD [I]**

---

(1972)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1972c) “La causa y el porqué de la enfermedad”  
[I].**

## **Primera edición en castellano**

*Periódico Informativo*, año 5, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1972, págs.  
12-16.

Suele oírse decir, aun dentro del ambiente médico, que el bacilo de Koch es la causa de la tuberculosis. Nos damos cuenta cada día con mayor claridad de la influencia negativa que una simplificación semejante ejerce sobre la actividad médica. Igualmente inadecuado sería afirmar que la existencia de un conflicto específico (la presencia de la imago de una madre mala que remuerde a un sujeto que se encuentra en una regresión oral-digestiva) es la causa que genera la úlcera gastroduodenal.

Tanto el bacilo como el conflicto mencionado son condiciones necesarias para que la enfermedad adquiriera precisamente la configuración de una tuberculosis o de una úlcera gastroduodenal, pero no son condiciones suficientes, porque se encuentran presentes en muchos individuos que no enferman de la misma manera. No puede hablarse entonces aquí, en un sentido estricto, de la causa, unívoca, que produce la enfermedad. Sin embargo, cualquier terapéutica que logre modificar esa condición necesaria alterará, cuando menos, el curso o la manera de la enfermedad específica.

El concepto de causalidad “unívoca”, “lineal”, ya no se mantiene. Suele hablarse hoy de una pluricausalidad en la etiología y la patogenia de las enfermedades. Dentro de este concepto, los modelos de interrelación entre las diferentes clases de causas se construyen según distintos criterios. Cuando dentro de estos modelos subsiste, bajo la forma de una jerarquía de causas, el pensamiento ingenuo de la causa “primera”, el problema no se resuelve mediante el recurso de la pluricausalidad. Para ejemplificar esto podemos elegir cualquiera de las enfermedades que creemos reconocer e individualizar. En cuanto profundizamos en su estudio, se nos hace presente la verdad del aserto: la ciencia a la cual estamos habituados nos esclarece el “cómo”, nunca el “porqué”. Términos como “esencial” o “idiopático”

son palabras con las cuales púdicamente escondemos nuestra ignorancia. Conceptos como los de “constitución”, “herencia” o “debilidad del yo” proyectan “hacia atrás” el problema, pero no lo resuelven. Esto no solamente ocurre dentro de la medicina; la más encendida polémica acerca de la validez del pensamiento causal ha partido en los últimos años precisamente de la física, hasta hace muy poco la más “objetiva” de las ciencias.

Quedémonos entonces con el concepto de que la medicina sólo descubre condiciones necesarias, nunca suficientes. Desde un punto de vista pragmático, centrado en la tarea que constituye la finalidad de la medicina, esta definición no sólo abarca teóricamente todo lo necesario para fundar la terapéutica, sino que además amplía ese campo de la terapia. El no quedar sometidos a la ilusión de haber descubierto la causa y su único mecanismo de acción nos faculta para seguir investigando en la búsqueda, siempre renovada, de otras condiciones necesarias. El conocimiento de estas últimas nos brindará el acceso a nuevas posibilidades terapéuticas. Si “la causa” de la hepatitis infecciosa es un virus, los campos de la investigación y de la terapia quedan centrados en el conocimiento de los virus, las condiciones de su acción sobre el organismo y la reacción de este organismo. Si el virus, en cambio, es sólo una condición necesaria para la existencia de la hepatitis infecciosa, pero no suficiente, es posible encontrar en el campo de las constelaciones anímicas otra condición necesaria: la existencia de un conflicto específico caracterizado por sentimientos de envidia inconciente coartados en su fin, junto a dificultades en la tarea de materializar los ideales.

La apertura, por lo tanto, es doble. Apertura para la terapéutica y apertura para la investigación. Señalemos ahora una consecuencia importante de esta apertura. El “optimismo” que caracterizó a la medicina de principios de siglo, según el cual podíamos conocer “la causa” y el mecanismo genético unívoco de una determinada enfermedad, nos condujo también a creer que las distintas enfermedades, clasificadas de acuerdo con este conocimiento, constituían a su vez entidades nosológicas en cierto modo inmutables, con una etiología, una patogenia, un procedimiento diagnóstico y pronóstico, una evolución previsible, un criterio de curación y un tratamiento, que podían variar dentro de ciertos límites, sin alterar profundamente el mismo concepto de la enfermedad considerada. Aclaremos esto mejor. No afirmamos que los conceptos adquiridos acerca de una determinada enfermedad permanecieran invariables a través del tiempo, sino que estas variaciones ocurrían dentro de márgenes que no llegaban a cuestionar seriamente el mismo criterio de clasificación constituido por la nosología clásica. Los conocimientos que pertenecen a campos tales como la inmu-

nidad o la herencia han variado tan profundamente en los últimos años, que nos han llevado a romper con esta ilusión de seguridad y a reclasificar la realidad del hombre enfermo en distintas categorías de la enfermedad. Lo importante es que hoy, muchísimo más que ayer, sentimos a estas categorías como provisorias, en lugar de experimentarlas como una realidad descubierta de una vez para siempre.

En donde se hace más evidente esta necesidad de reclasificar continuamente, y desde diversos criterios, es en el estudio del hombre enfermo desde el terreno del psicoanálisis. Todas aquellas investigaciones “psicosomáticas” que restringen su objeto de estudio a una determinada enfermedad que ha sido seleccionada de acuerdo con un criterio de clasificación proveniente de la patología médica tradicional, quedan sometidas desde el comienzo a una mutilación que limita el campo de sus posibilidades.

De acuerdo con el planteo realizado por Mitscherlich acerca de que el tipo de respuesta que brindamos a un problema depende del esquema dentro del cual se formula la pregunta, debemos pensar que el interrogar a la naturaleza del hombre enfermo con el instrumento psicoanalítico puede conducirnos a una nosografía diferente y particular para ese campo del conocimiento, trazada con los lineamientos propios de esta otra disciplina que interroga.

De lo que hemos dicho anteriormente surge con claridad que resulta lícito y fructífero el investigar con el instrumento psicoanalítico, en búsqueda de condiciones necesarias (que tienen que ver con el sentido que posee la enfermedad como forma de conducta o de lenguaje), numerosas dolencias cuya “causa” se admite como perfectamente individualizada por la patología médica tradicional. Incluimos en este objetivo también a aquellas enfermedades que se llaman iatrógenas porque se atribuyen a la intervención inadecuada del médico.

Nos referimos antes a la constitución de una patología trazada con los lineamientos propios de la disciplina que interroga, en este caso el psicoanálisis. Aclaremos ahora una cuestión fundamental. Cuando investigamos desde el campo psicoanalítico la realidad del hombre enfermo, encontramos en los conocimientos acerca de la enfermedad que nos brinda la medicina clásica una importante vía de abordaje. Esto no puede extrañarnos si tenemos en cuenta que constituyen un sistema de representaciones concientes en la psiquis de un hombre, el médico, frente a la enfermedad de otro. Así como estudiamos en el paciente las fantasías concientes e inconcientes que constituyen su imagen de la enfermedad, podemos encuadrar desde un ángulo semejante el conocimiento de la ciencia médica desarrollada por el hombre, como un conjunto de derivados que, en cuanto constituyen transferencias preconcientes, de fantasías inconcientes específicas, pueden ilu-

minarnos acerca del significado de una determinada enfermedad, trastorno o función. La clasificación nosológica propia de la patología tradicional, observada desde el campo psicoanalítico, no queda entonces desechada, sino que se inscribe con un significado particular, investigable, dentro de la nosografía propia de esta disciplina.

Volvamos por último sobre un aserto anterior. Dijimos que la ciencia a la cual estamos habituados nos esclarece el “cómo”, pero nunca el “porqué”. Aclaremos ahora a qué se debe la salvedad cuando nos referimos a la ciencia a la cual estamos habituados. Una vez abandonada la búsqueda en términos de “causa”, una vez reivindicado el derecho de cada campo de conocimiento a enfocar con su luz propia y particular el objeto de estudio, en la búsqueda de condiciones que puedan categorizarse como necesarias, nos encontramos con que el enfoque que parte del psicoanálisis (como presupuesto de la existencia de un objeto signifiante inconciente) nos brinda el acceso a un modo diferente, *a-causal*, de concebir el “porqué”. La profunda emoción de la pregunta “¿por qué?”, entendida como necesidad de comprender el sentido, quizás sea en definitiva la clave. A un mismo tiempo nos revela aquello que se oculta detrás de la búsqueda intelectual de una insostenible “causa primera”, y la única vía por donde puede transcurrir actualmente la respuesta posible.

---

**EL INCESTO Y LA HOMOSEXUALIDAD  
COMO DIFERENTES DESENLACES  
DEL NARCISISMO**

---

(1973)

Luis Chiozza y Gerardo Wainer

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y WAINER, Gerardo (1973b) “El incesto y la homosexualidad como diferentes desenlaces del narcisismo”.**

## Ediciones en castellano

*V Simposio de Medicina Psicosomática* (Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), CIMP, Buenos Aires, 1973, págs. 32-38.

*Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 77-85 (incluye un resumen).

L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 75-81.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 125-131.

## Traducción al italiano

“L’incesto e l’omosessualità come differenti sbocchi del narcisismo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 79-85.

## **Relación homosexual y relación homosanguínea**

Freud (1914*c*), en “Introducción al narcisismo”, afirma que la elección homosexual es una elección narcisista. En “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I] (Chiozza, 1970*k* [1967-1969]) afirmamos que la elección de un objeto incestuoso constituye un forma encubierta de elección narcisista, y nos preguntamos entonces: ¿cuáles son los factores que determinan que en algunos casos la elección narcisista se realice a través de la consumación del incesto, mientras que en otros se realiza a través de una actividad homosexual?

Mientras que en la relación homosexual la elección de objeto depende de los caracteres sexuales primarios y secundarios que determinan la identidad sexual, en el caso del incesto la elección depende de aquellas características del objeto que configuran una identidad familiar. Esta identidad “endogámica”, que queda representada en el lenguaje por la expresión “consanguinidad” (la voz de la sangre), constituye, en lenguaje figurado, una relación “homosanguínea”.

Laborde (1970) expresa con respecto a lo “familiar” que se contrapone a “lo extraño”: “Eso tan íntimo, lo mío, que odia a ‘lo extraño’ que no es como ‘mi carne’, podríamos pensarlo como la verbalización de las fantasías del narcisismo primario”. El objeto de la elección homosexual comparte las características de su identidad sexual con un número muy grande de los seres que constituyen la población humana, mientras que el objeto de la elección incestuosa sólo comparte las características de su identidad familiar con muy pocas personas. El grado de narcisismo implícito en el incesto debe por lo tanto ser mayor que aquel otro propio de la homosexualidad; esta última debe equivaler a una mayor renuncia narcisista.

Del mismo modo que hemos dicho en lenguaje figurado que la relación incestuosa es homosanguínea, podemos afirmar que la relación homosexual es “consexual”. El prefijo “con” califica a la relación más que al objeto; el prefijo “homo”, inversamente, califica al objeto más que a la relación. Las razones que determinan la diferencia en las denominaciones que se utilizan para el incesto y la homosexualidad pasan a formar parte del interrogante que nos planteamos aquí y de la respuesta a la cual arribamos.

## **Elección de objeto e identificación primaria y secundaria en el triángulo edípico**

Si tenemos en cuenta que la identificación es el producto de las cargas de objeto anteriormente abandonadas, y que, viceversa, la elección de objeto se realiza nuevamente a partir de (“desde”) las identificaciones “inmediatamente anteriores” a esa elección, descubrimos la necesidad de considerar de modo inseparable, en cuanto al tema que nos ocupa, el problema de la elección de objeto y el de la identificación.

Cuando pensamos en el triángulo edípico, o mejor dicho en los dos triángulos edípicos (el directo y el invertido) que constituyen entre sí una serie complementaria cuyas proporciones relativas varían en cada caso particular, pensamos, siguiendo la exposición que Freud (1923*b*) realiza en *El yo y el ello*, en términos de identificaciones secundarias, es decir aquellas que derivan de la introyección de las investiduras de los objetos externos. Esta consideración debe ser completada, sin embargo, para poder penetrar en el tema que nos interesa, con la inclusión del triángulo edípico que se constituye al mismo tiempo que se estructuran las identificaciones primarias, aquellas que se establecen, según lo postulado por Freud, “directamente”, y son previas a la catexis del objeto externo.

En “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I] (Chiozza, 1970*k* [1967-1969]) se plantea: “...el carácter narcisista de la libido al servicio de los intereses del yo [que], entretenida en el proceso de crecimiento que se materializa mediante la reproducción celular y a través del proceso de identificación o asimilación, adquiere una representación en la forma de una escena primaria bisexual, o sea hermafrodita”. Este párrafo completa el siguiente extraído de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*: “Si pensamos en la afirmación de Freud (1923*b*) cuando, refiriéndose a los orígenes del ideal del yo, expresa que la primera y más duradera identificación ocurre con ambos padres de la prehistoria personal, y es directa e inmediata, anterior a toda catexis de objeto; y si aceptamos una representación o existencia interna, heredada, de la pa-

reja parental (Rascovsky, 1960; Cesio, 1960a y 1960b), tal como se desprende de las anteriores palabras de Freud, podemos concluir en que la situación triangular edípica, necesaria para la aparición de los celos, ya se halla contenida en el psiquismo desde el primer momento” (Chiozza, 1970a, cap. III, apdo. 3.a).

## Identificación completa e incompleta en el triángulo edípico

Siguiendo con nuestro propósito de considerar de modo inseparable el problema de la elección de objeto con el de la identificación, surge la necesidad de tener en cuenta las postulaciones que Freud realiza en *El yo y el ello* con respecto a las identificaciones y la constitución del superyó. Afirma que junto al mandato: “Así, como el padre, debes ser”, existe el mandato opuesto: “Así, como el padre, no debes ser, no puedes hacer todo lo que él hace, pues hay algo que le está exclusivamente reservado” (el coito con la madre) (Freud, 1923b, pág. 19).

Si nos aproximamos de manera ingenua al contenido de esta postulación, podríamos concluir que el hijo tiene prohibida una identificación completa con el padre. En realidad lo que se encuentra prohibido no es precisamente la identificación completa con el padre, sino una pseudoidentificación realizada de manera que se confunde al objeto material, físicamente presente, con su rol o función, ideal, en el triángulo edípico<sup>35</sup>. El padre no prohíbe al hijo algo que él puede en cambio realizar. Podría formularse la misma prohibición de esta manera: “No debes acostarte con tu madre así como yo tampoco me acuesto con la mía”. La prohibición es por lo tanto compatible con la identificación completa.

La confusión señalada se establece entre el objeto presente materialmente, que es el mismo y al cual llamaremos genéricamente “mujer”, y el objeto “madre” o “esposa” que deriva de una función y es por lo tanto ideal. Se trata de una misma mujer que dentro del triángulo edípico es esposa con respecto al padre y madre con respecto al hijo, y cuya configuración genética, su “sangre”, se parece a la del hijo y no se parece a la del padre.

## Superyó primario y superyó secundario

Comenzamos procurando comprender las diferencias en la elección de objeto entre la conducta incestuosa heterosexual y la homosexual exogá-

<sup>35</sup> Este tema se desarrolla con mayor amplitud en “El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo” (Chiozza, 1977b).

mica; desembocamos entonces en la necesidad de estudiar este problema en relación con su complementario, el de la identificación. Veremos ahora cómo el planteamiento de un superyó precoz, esencial para comprender la consumación del incesto, nos conduce, desde otro ángulo, al mismo problema de la identificación.

En un trabajo de 1970, “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, expresamos: “En primer lugar, la imago de un objeto persecutorio, cargado con una excitación que le provoca horror, puede ser homologada a la imago de los objetos originales de la identificación primaria, contenidos en el ‘maná’ del superyó precoz que resulta de tal identificación. En segundo lugar, la imago de un objeto protector puede ser homologada a la imago de un objeto interno que resulta de la identificación secundaria, que adquiere así la estructura de un superyó posteriormente constituido, cuyo contenido instintivo, atemperado por el pasaje proyectivo-introyectivo en la relación con objetos gratificantes, posee un menor componente tanático” (en Chiozza, 1998a [1963-1984], parte II, cap. III).

Tenemos entonces un superyó precoz, establecido en un período de desarrollo en el cual la debilidad del yo incipiente conduce a su disociación y que correspondería al “precipitado” en el mundo interno de las identificaciones primarias, y un superyó tardío, producto de las identificaciones secundarias que se configuran a partir de aquella parte del superyó precoz que no queda definitivamente disociada sino que, a través de la posibilidad de intervención en el juego proyectivo-introyectivo, puede estructurarse en el mundo interno bajo la forma de un objeto o una instancia dotada de un menor contenido tanático.

De acuerdo con lo planteado en el trabajo citado, cabe utilizar en la comprensión de la génesis de este suceso el mecanismo que Freud (1916d) describió cuando se ocupa de los delincuentes por sentimiento de culpabilidad. Los sentimientos de culpabilidad provenientes de la acción del superyó precoz sobre el yo conducen a la consumación del incesto, en el intento de transformar este sentimiento de culpabilidad “primario” en un sentimiento de culpabilidad frente al superyó tardío, es decir “secundario”.

En otras palabras: el superyó precoz conduce al incesto que el superyó tardío prohíbe y procura evitar. Si comprendemos la consumación del incesto en términos de una conducta maníaca, debemos tener en cuenta que se trata en este caso de una manía “primaria” y nunca “secundaria”, puesto que la identificación con el superyó secundario, proveniente de la introyección paterna, jamás podría conducir a un incesto que el padre tampoco ha realizado.

## La disociación eidético-material del objeto durante la identificación

La identificación maníaca primaria que conduce al incesto consumado se realiza “más allá” del establecimiento, en el mundo interno, de los roles diferenciados de “madre” y “esposa”, característicos de las relaciones de objeto secundarias. Esta conducta con respecto al objeto puede ser comprendida como la contraparte de una idéntica alternativa con respecto a la identificación.

Debemos tener en cuenta que la institucionalización de la comida totémica puede ser vista como un mecanismo de disociación, según el cual la identificación con la figura del padre queda dividida en un aspecto ideal, que se realiza con el objeto original, y un aspecto material, que se desplaza sobre el tótem como representante y sustituto de ese objeto original (Chiozza, 1963a, 1970m [1968]).

Tanto en lo que respecta a la relación de objeto como en lo que respecta a su contraparte, la identificación, nos encontraríamos entonces con el hecho de que el coito incestuoso, al contrario de lo que ocurre con el homosexual, supone un déficit en el desarrollo que se logra mediante una adecuada e instrumental disociación eidético-material. El incestuoso no ha logrado, en lo que respecta a la parte de su yo que condiciona su conducta incestuosa, el establecimiento de una disociación eidético-material que le permita establecer los objetos internos ideales correspondientes a los roles de madre y esposa; el homosexual, sí.

## Dos diferentes desenlaces del narcisismo

Cabe recordar aquí aquello que Freud (1914c) señala en “Introducción al narcisismo”, cuando afirma que la formación del yo ideal constituye ya una “salida” del narcisismo<sup>36</sup>. Teniendo en cuenta este concepto que toma como eje del proceso evolutivo la formación del yo y la del yo ideal, podemos pensar que en el incesto intervendría un narcisismo más precoz e indiferenciado, “an-

<sup>36</sup> Repasemos las etapas sucesivas de evolución del narcisismo: “Dentro de una serie ininterrumpida que abarca desde el protonarcisismo absoluto de un yo-ello indiferenciado (Freud, 1940a [1938]) hasta la relación con un objeto elegido por ‘aposición’ (Freud, 1914c), cabe distinguir este narcisismo ‘propriadamente dicho’, fundamentalmente teórico, sea primario (Freud, 1914c) o secundario (Freud, 1923b), en el cual la libido se deposita sobre el yo, de aquellas ‘situaciones’ o ‘modalidades’ que suelen también denominarse narcisistas, tales como la introversión hacia los objetos de la fantasía (Freud, 1914c) (que incluye al vínculo introvertido con el yo ideal) o la elección narcisista (Freud, 1914c) de un objeto que representa al yo ideal” (Chiozza, 1998a [1963-1984], parte II, cap. III).

terior” a la formación del yo ideal, mientras que en la homosexualidad ocurriría una elección narcisista dentro de la cual predominarían los aspectos más evolucionados del narcisismo, posteriores a dicha formación del yo ideal.

Cabe agregar que las vinculaciones entre formación ideal, simbolización, sublimación y cultura permiten comprender las razones por las cuales la conducta incestuosa no solamente resulta menos tolerada por la sociedad que la homosexual, sino que se estructura como una modalidad de desarrollo que implica un desenvolvimiento cultural mucho más pobre. La prohibición del incesto, como lo han afirmado Freud y Lévi-Strauss desde sus respectivos terrenos, marca el pasaje de la naturaleza a la cultura.

Finalizaremos recordando que distinguimos tres formas de materialización de los contenidos ideales: crecimiento, procreación y sublimación (Chiozza, 1970g [1966]). Si tenemos en cuenta que el crecimiento representa la descarga directa de la excitación narcisista propiamente dicha, veríamos en la homosexualidad, que impide la procreación y es compatible con la cultura, y en la conducta incestuosa, que impide la cultura y es compatible con la procreación, dos formas diferentes del desenlace narcisista.

## Resumen

*Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, pág. 84.

Freud afirma en su *Introducción al narcisismo* que la elección homosexual es una elección narcisista. Uno de los autores de este trabajo postuló, en un estudio anterior acerca del incesto, que la elección de un objeto incestuoso constituye una forma encubierta de elección narcisista.

En el presente artículo se intenta brindar una respuesta a la pregunta sobre cuáles serán los factores que determinan que en algunos casos la elección narcisista se realice a través de la consumación del incesto mientras que en otros se realiza a través de una actividad homosexual.

En la relación homosexual, la elección de objeto depende de los caracteres sexuales primarios y secundarios que determinan la identidad sexual. En el caso del incesto, la elección depende de aquellas características del objeto que configuran una identidad familiar “homosanguínea”.

El estudio de la elección de objeto y la identificación primaria y secundaria en el triángulo edípico conduce a un planteo que señala la posibilidad de distinguir entre dos estados en la evolución del narcisismo separados por la formación del yo ideal.

---

**ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE  
LAS FANTASÍAS HEPÁTICAS**

---

(1974)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1974b)** “Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”.

## Ediciones en castellano

*Revista de Psicoanálisis*, t. XXXI, N° 1 y 2, APA, Buenos Aires, 1974, págs. 107-140.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 47-66.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 87-116.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 69-91.

## Traducción al italiano

“Studio psicoanalitico delle fantasie epatiche”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 86-114.

Este artículo es un trabajo realizado por invitación de la *Revista de Psicoanálisis*, para integrar el tomo dedicado a la publicación de las ideas originales de la escuela argentina, tomo editado para conmemorar el 30° aniversario de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Una versión más amplia de las mismas ideas puede encontrarse en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), en OC, t. I.

Este buitre voraz de ceño torvo  
que me devora las entrañas fiero  
y es mi único constante compañero  
labra mis penas con su pico corvo.  
El día en que le toque el postrer sorbo  
apurar de mi negra sangre, quiero  
que me dejéis con él solo y señero  
un momento, sin nadie como estorbo.  
Pues quiero, triunfo haciendo mi agonía,  
mientras él mi último despojo traga,  
sorprender en sus ojos la sombría  
mirada al ver la suerte que le amaga  
sin esta presa en que satisfacía  
el hambre atroz que nunca se le apaga.

MIGUEL DE UNAMUNO<sup>37</sup>

## El encuadre teórico

Cuando usamos la expresión “fantasías<sup>38</sup> orales”, nos referimos a un conjunto de fenómenos, detectables mediante nuestro instrumento psicoanalítico, cuyas características particulares correlacionamos específicamente, desde el punto de vista teórico, con aquello que denominamos la zona erógena oral.

En un sentido análogo usaremos la expresión “fantasías hepáticas”. Debemos pues comenzar por justificar teóricamente la posibilidad de establecer la existencia de una zona erógena hepática, y luego referirnos a cuáles son esos fenómenos particulares que podemos conocer mediante el psicoanálisis y pretendemos correlacionar específicamente con dicha zona erógena.

Freud introduce el concepto de zona erógena en 1905, en sus *Tres ensayos para una teoría sexual*, donde afirma que pueden funcionar como zonas erógenas “en realidad todos y cada uno de los órganos” (Freud, 1905*d*, pág. 818). Si tenemos en cuenta que más adelante, en “El problema económico del masoquismo”, refiriéndose a las fuentes de la sexualidad, insiste en que “todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación del instinto sexual” (Freud, 1924*c*, pág.

---

<sup>37</sup> Citado por Carlos Bousoño (1950), en *La poesía de Vicente Alexandre*.

<sup>38</sup> Usamos la palabra “fantasías” en un sentido amplio que incluye las dos acepciones que Freud asigna al término *Phantasien*, agrupando bajo este nombre tanto aquellos fenómenos que encuentran su paradigma en el sueño diurno, como aquellos otros, ligados al deseo inconsciente, que constituyen el punto de partida del sueño (Isaacs, 1948; Laplanche y Pontalis, 1967).

1025), podemos pensar, de acuerdo con esta formulación, que cualquier órgano, parte del cuerpo o proceso somático, es fuente de la excitación que configura el impulso instintivo.

Recordemos la íntima vinculación del concepto que nos ocupa con el de zona histerógena, relación que ya ha sido señalada por Freud (1905*d*). Todo órgano o proceso, además de poseer la facultad de erogeneidad, puede ser agente de la descarga placentera tanto como objeto de la misma, de modo que cada zona crea mediante su funcionamiento o recibe (de los demás órganos o del objeto externo) cargas o potenciales energéticos, y al mismo tiempo es más o menos capaz de descargar esos potenciales en el objeto externo o en otra parte del cuerpo, constituyendo de este modo la erotización.

Cuando el proceso es “algo importante”, la excitación creada invade los órganos vecinos y contribuye de esta manera con potenciales propios a la excitación general del instinto sexual. Citemos nuevamente a Freud cuando afirma: “...la excitación sexual nace, como efecto secundario, de toda una serie de procesos internos en cuanto la intensidad de los mismos sobrepasa determinados límites cuantitativos” (Freud, 1924*c*, pág. 1025).

En este desarrollo teórico podemos ver la base imprescindible del concepto de primacía de una determinada zona que configura una fase particular dentro de un proceso evolutivo. Esta primacía, que se desplaza de una a otra zona, “recorre” un camino que depende de la mayor o menor importancia relativa de las distintas funciones corporales o “yoicas” que le sirven de apoyo<sup>39</sup>, funciones que pueden tanto difundir su erogeneidad (por ejemplo, en el momento de su primacía) como ser erotizadas (por ejemplo, durante otras primacías).

Acabamos de señalar la tesis de que cada proceso “algo importante” contribuye con potenciales propios a la excitación general del instin-

<sup>39</sup> Freud utiliza por primera vez en sus *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905*d*) el término *Trieb*, cuya traducción alternativa por “instinto” o por “pulsión” nos introduce en interesantes consideraciones acerca de la sexualidad, que es objeto de nuestro interés psicoanalítico como origen de la fantasía inconciente, y las distintas funciones biológicas de la estructura orgánica, sobre las cuales esta sexualidad se apoya o “apuntala”. No podemos retomar aquí esta cuestión, cuyas vicisitudes y su fundamento pueden consultarse en Strachey (1968, págs. xxxiii y sig.) y Laplanche (1970, págs. 18 y sig.), pero la mencionamos por su estrecha relación con el tema que nos ocupa. En el artículo “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [III] (Chiozza, 1966*a* [1964]) abordamos esta problemática que retomamos más tarde (Chiozza, 1970*a*, cap. III., apdo. 1.d; Chiozza, 1970*k* [1967-1969]), desde un ángulo que contiene algunos de los desarrollos realizados por Laplanche (1970).

to sexual. Por componentes propios de cada órgano o proceso queremos significar cargas que configuran (en forma de representaciones, afectos o fantasías) cualidades específicas emanadas de las organizaciones biológicas que les dieron origen. Freud lo afirma explícitamente cuando dice: “Muchas veces pueden ser deducidas éstas [se refiere a las distintas fuentes del instinto] del examen de los fines del instinto”, y más adelante: “La diferencia que presentan las funciones psíquicas de los diversos instintos puede atribuirse a la diversidad de las fuentes de estos últimos” (Freud, 1915c, pág. 1037 y págs. 1037-1038).

Podemos, pues, de acuerdo con la teoría, y aun antes de descubrir y verbalizar la especificidad de sus contenidos, hablar de fantasías hepáticas tal como hablamos, llevados de la mano por Freud, de fantasías orales, uretrales, visuales, etc. O como lo hacemos cuando, siguiendo a Garma (1954), nos referimos a fantasías oral-digestivas. Todas ellas pueden erotizar otros órganos. En ellas la carga, sea de un objeto externo o de una parte del propio cuerpo, ocurre con una modalidad particular, configura una fantasía original que corresponde al órgano fuente.

Antes de abandonar esta introducción acerca de las posibilidades teóricas de admitir la existencia de una zona erógena hepática, señalemos tres puntos que desarrollamos con mayor amplitud y fundamentación en otro lugar (Chiozza, 1970a, 1974a [1972]; Chiozza y colab., 1970p [1968]):

- 1) La existencia de una relación específica entre las fuentes orgánicas de la sexualidad y las fantasías que constituyen los distintos impulsos cualitativamente diferenciados nos permite considerar a los distintos procesos que denominamos orgánicos, y a sus trastornos, como equivalentes a otras tantas *fantasías específicas* e inconcientes tan cualitativamente diferenciadas unas de otras como lo están los procesos o trastornos mencionados.
- 2) El desplazamiento “tópico” de las primacías hacia una u otra de las diferentes funciones, que ocurre en un “presente” dado, equivale en términos histórico-genéticos a los conceptos de fijación y regresión.
- 3) El grado de importancia de la función hepática en relación con el concierto de las demás funciones orgánicas varía en los distintos momentos del desarrollo y adquiere su valor más alto durante el período fetal de la evolución biológica individual, época durante la cual el hígado ocupa casi todo el abdomen y su volumen en relación con la talla

es tres veces mayor que en el adulto (Chiozza, 1970a). Estas consideraciones constituyen una parte de la base que nos conduce a pensar, desde el ángulo histórico-genético, en la existencia de una primacía que determina la posibilidad de un punto de fijación hepático-prenatal.

## **La elección del material y el método de investigación**

Los fenómenos que pretendemos correlacionar específicamente con la zona erógena hepática forman parte del universo que podemos conocer mediante el psicoanálisis. Ocupémonos por lo tanto, brevemente, de elegir el objeto, el material, en cuyo estudio aplicaremos nuestro instrumento psicoanalítico, en la búsqueda de aquellos fenómenos cuya comprensión se verá enriquecida por el concepto de fantasías hepáticas.

A pesar de que el contenido de la ciencia psicoanalítica trasciende ampliamente los límites de la medicina, la investigación psicoanalítica ha tendido a privilegiar el material que emana de un proceso terapéutico psicoanalítico realizado de acuerdo con los postulados de la teoría de la técnica. Esto resulta natural por un cúmulo de razones plenamente justificadas: el máximo desarrollo del proceso transferencial-contratransferencial, la coincidencia del punto de origen de la teoría con el punto de aplicación final hasta hoy predominante, las coordenadas del encuadre que permiten aislar un número determinado de variables, etc. Sin embargo, la exposición del material que corresponde a un tratamiento psicoanalítico presenta algunos inconvenientes –que fueron repetidamente señalados en sus historiales por Freud (Freud y Breuer, 1895d)– cuando se procura demostrar, mediante este material, la fuente “objetiva” de una determinada convicción teórica. Tal vez el mayor de estos inconvenientes derive de la exposición inevitablemente fragmentaria del material clínico.

Elegiremos para los fines de esta exposición, que necesariamente ha de ser breve, material emanado del mito de Prometeo y algunos datos surgidos de otras fuentes igualmente “objetivas”: los usos y orígenes de algunas palabras o expresiones del lenguaje verbal, párrafos que forman parte del acervo literario y los hechos clínicos descritos por la patología médica que se ocupa de la enfermedad “somática”. El lector adquiere de este modo la ventaja indudable de disponer de un acceso propio al material que él mismo puede ampliar si lo desea. Quien valore especialmente el partir de los llamados “datos objetivos” encontrará satisfecho al máximo dicho requisito, en la fuente constituida por el mito, el lenguaje, el arte y los datos establecidos por la ciencia.

Antes de introducirnos decididamente en el análisis del material, debemos realizar todavía algunas consideraciones en cuanto al método y a la teoría que nos servirán de base.

Freud nos enseñó que una representación que forma parte de un sueño, de un mito, de una enfermedad, o de cualquier otro proceso de comunicación, no ha sido elegida al azar para recibir aquella transferencia de lo inconciente que descubrimos mediante la interpretación psicoanalítica (Freud, 1900a [1899]). La elección está determinada por una conexión asociativa entre lo inconciente y el derivado que constituye la representación elegida.

La existencia de los llamados sueños típicos y de los símbolos universales le permitió adentrarse en el estudio de aquellas fantasías básicas cuyo ejemplo más importante podemos encontrarlo en lo que denominamos complejo de Edipo (Freud, 1900a [1899]).

Los símbolos universales son aquellas representaciones especialmente adecuadas para recibir sobre sí la transferencia de determinadas fantasías inconcientes. Suponemos por lo tanto que poseen un importante elemento común, que facilita tal desplazamiento, con esas fantasías. Nos explicamos así que sean repetidamente utilizadas y que lleguen, estructurándose a través de interrelaciones cada vez más complicadas, a constituir el instrumento de comunicación que denominamos lenguaje.

Abraham (1909) y más adelante Rank –en su apéndice a *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899])– expresaron explícitamente que los mitos o leyendas son algo así como los sueños típicos de la humanidad y que por lo tanto se hallan constituidos por símbolos de un elevado grado de universalidad.

La moderna investigación psicosomática<sup>40</sup>, desarrollada a partir del concepto de conversión sustentado por Freud, nos llevó al convencimiento de que la elección del órgano a través del cual se expresa un determinado trastorno se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación.

Freud nos habla de un “lenguaje del órgano” o “lenguaje hipocondríaco” cuyo sentido queda descubierto a través de la interpretación psicoanalítica. Afirma que en estos casos “la relación del contenido con un órgano del soma... llega a arrogarse la representación de dicho contenido en su totalidad” (Freud, 1915e, pág. 1065).

Podemos añadir a este postulado que cuando la representación de un determinado órgano es elegida para recibir *una determinada* transferencia,

<sup>40</sup> Véanse Cesio (1974a), Chiozza (1970m [1968]; 1984b [1967-1970], cap. V), Freud (1915e), Freud y Breuer (1895d) y Garma (1954).

como ocurre en la hipocondría, y más aún cuando el proceso *se manifiesta en forma de una alteración corporal*, como es el caso de las llamadas orga-noneurosis, tal representación del órgano constituye un símbolo universal de *esas fantasías inconcientes*.

En la misma obra de Freud encontramos los fundamentos, que sirvieron de introducción teórica a este trabajo, que nos permiten afirmar que precisamente aquellas fantasías inconcientes preferentemente simbolizadas por determinados órganos (como, por ejemplo, las fantasías que llamamos orales debido a que utilizamos como símbolo de las mismas al órgano boca) son aquellas cuya fuente somática se halla constituida también predominantemente por dicho órgano (en este caso la boca). Vimos también en nuestra introducción que esto es válido además para los órganos internos y aun para los procesos orgánicos, ya que según las propias palabras de Freud, “todo órgano o proceso algo importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual” (Freud, 1924c, pág. 1025).

Decimos que este componente es *propio* del órgano considerado porque pensamos que la carga y su correspondiente representación, emanadas ambas del órgano fuente, continúan ligadas en lo que llamamos una fantasía inconciente. Tomando como ejemplo el estómago, decimos que aunque puede ser erotizado con libido proveniente de la zona erógena oral, siempre participa con un componente propio, emanado de su propio funcionamiento, en los procesos que se manifiestan como una alteración gástrica o adquieren una representación simbólica a través del estómago. De este modo interpretamos el concepto de lo oral-digestivo postulado por Garma (1954). Recordemos nuevamente las palabras con las cuales Freud (1915c) se refiere a las distintas fuentes del instinto, cuando afirma que muchas veces pueden ser deducidas del examen de los fines del instinto.

Finalizaremos este apartado<sup>41</sup> reproduciendo un extenso párrafo de Freud en el cual hemos subrayado algunas frases. Vale la pena insistir en la apertura que brinda este pensamiento, formulado en 1895, y en la profundidad de su concepción teórica.

Tomando al pie de la letra las expresiones metafóricas de uso corriente y sintiendo como un suceso real, al ser ofendida, la “herida en el corazón” o la “bofetada”, no hacía uso la paciente de un abusivo retruécano, sino que *daba nueva vida a la sensación a la cual debió*

<sup>41</sup> Una consideración teórica más profunda de lo que tratamos aquí puede encontrarse en “Apuntes sobre metapsicología” (Chiozza, 1972a) y “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I] Chiozza, 1974a [1972]).

*su génesis la expresión verbal correspondiente.* En efecto, si al recibir una ofensa no experimentáramos cierta sensación precordial, no se nos hubiera ocurrido jamás crear tal expresión. Del mismo modo, la frase “tener que tragarse algo”, que aplicamos a las ofensas recibidas sin posibilidad de protesta, procede, realmente, de las sensaciones de inervación que experimentamos en la garganta en tales casos.

Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la “expresión de las emociones”, que, según nos ha mostrado Darwin, consiste en funciones originariamente adecuadas y plenas de sentido. Estas funciones se hallan ahora tan debilitadas, que su expresión verbal nos parece ya metafórica, pero es muy verosímil que primitivamente poseyera un sentido literal, y la histeria obra con plena justificación al restablecer para sus inervaciones, más intensas, el sentido verbal primitivo. *Llego incluso a creer que es equivocado afirmar que la histeria crea por simbolización tales sensaciones, pues quizá no tome como modelo los usos del lenguaje, sino que extraiga de él sus materiales de una misma fuente.* En estados de profunda modificación psíquica surge una orientación del lenguaje hacia la expresión artificial en imágenes sensoriales y sensaciones. (Freud y Breuer, 1895d, pág. 103)

## **El contenido inconciente de las representaciones hepáticas**

Si guiados por las consideraciones precedentes nos introducimos en el estudio de algunas palabras con ayuda de la etimología o el diccionario de significados, y en el análisis de algunos usos o expresiones del lenguaje habitual, nos encontramos con que los matices propios de las fantasías hepáticas adquieren un grado tal de importancia como para permitirnos sospechar que pueden haber llegado a constituir en algún momento *finis especificamente hepáticos del instinto sexual*. Esto indicaría que tales fantasías han llegado a obtener una primacía, frente a las correspondientes a otras funciones yoicas, en su aporte a la excitación general del instinto.

La palabra “melancolía”, por ejemplo, derivada del griego, significa en su origen “bilis negra” (Corominas, 1961). Este nombre, que agrupa desde antiguo un conjunto de trastornos que delimitan una enfermedad característica, frecuente e importante dentro del esquema nosológico, queda referido por su origen a una determinada alteración del funcionamiento hepático, la estasis biliar.

Vale la pena meditar acerca de este hecho. Podemos limitarnos a una interpretación superficial según la cual el nombre proviene de una antigua

y equivocada teoría acerca del origen hepático de tales afecciones. Pero una teoría equivocada ¿no es acaso un “mito”? Su contenido “mítico” forma parte de ese tipo de pensamiento que adquiere predominio en “estados de profunda modificación psíquica” y a partir de la cual Freud (1915e), en “Lo inconsciente”, desarrolló su idea del “lenguaje de los órganos”. En este caso, en su opinión, “la relación del contenido con un órgano del soma... llega a arrogarse la representación de dicho contenido en su totalidad” (Freud, 1915e, pág. 1065).

No cabe duda de que esta “relación del contenido con un órgano del soma” va más allá del ámbito de la mera asociación entre las representaciones preconcientes, ya que constituye el tema que Freud continúa desarrollando a partir de la frase que mencionamos. Este desarrollo prosigue las ideas contenidas en el párrafo de 1895 que citamos anteriormente.

Cuando utilizamos una palabra o una expresión particular del lenguaje, por más que esta expresión forme parte del acervo sancionado por los usos habituales que determinan la relación en la conciencia entre el signo y su significado, ocurre que en la carga inconciente de ese derivado participan los mismos motivos que una vez dieron origen a la expresión verbal considerada. Precisamente la vigencia de tales motivos perpetúa determinados usos del lenguaje. Por tal razón pudo afirmar Freud en el extenso párrafo citado que la histeria no crea por simbolización el síntoma somático, sino que se limita a dar nueva vida al “contenido” corporal inconciente específico de la expresión verbal correspondiente, la cual resulta así sustituida por el síntoma que, de este modo, “cuando parece representar plásticamente una palabra, restablece regularmente sólo su antiguo sentido” (Freud, 1908b, pág. 960).

De acuerdo con estas consideraciones, si en la designación de la melancolía se utiliza desde antiguo una palabra que señala una alteración hepática, es porque el contenido inconciente de la enfermedad “mental” se halla “en relación con ese órgano del soma”. Consideraciones semejantes, que expusimos en otro lugar (Chiozza, 1970a), son válidas para la palabra “hipocondría”.

Prosiguiendo este mismo tipo de investigaciones se observa que, de la misma manera como lo ácido y lo agrio quedan vinculados a lo gástrico como fantasía mediante su relación con el órgano digestivo, *lo venenoso y lo amargo quedan vinculados a lo hepático mediante su relación con la bilis*.

La palabra “amarillo” deriva, a través del diminutivo *amarellus*, del latín *amarus*, que significa “amargo”. Se cree que *amarellus* fue “probablemente aplicado a la palidez de los que padecían de ictericia, por ser una enfermedad causada por un trastorno de la secreción de la bilis o humor amargo” (Corominas, 1961). El hecho de que algo tan fundamental en el mundo de las

categorías sensoriales como el color amarillo, que es uno de los tres colores primarios, haya adquirido su denominación a partir de una enfermedad hepática, invita a meditar acerca del carácter básico de tales fantasías.

La envidia y los celos, como fue ya señalado por Weizsaecker (1946-1947), quedan muy frecuentemente asociados en el lenguaje con los colores amarillo y verde y con la ictericia. En inglés, por ejemplo, se utiliza una misma palabra, *jaundice*, que deriva del francés *jaune* (amarillo), para denominar a la ictericia y para referirse a un estado mental patológico caracterizado por celos, envidia, malicia y suspicacia (Hornby, Gatenby y Wakefield, 1960).

Otro ejemplo podemos extraerlo de un caso clínico aportado por Freud, quien cita la situación de un hombre que “sufría extraordinariamente en sus ataques de celos” y que describía su estado “diciendo sentirse como Prometeo, encadenado y entregado a la voracidad de los buitres o arrojado en un nido de serpientes” (Freud, 1922b [1921], pág. 1018). Sabemos que aquello que los buitres devoraban a Prometeo era precisamente el hígado.

La fundamental intervención de los matices que configuran las fantasías hepáticas en la envidia y los celos podría demostrarse con múltiples ejemplos. Solamente agregaremos uno especialmente significativo. En *El estupendo cornudo*, de Crommelynck, el personaje central, Bruno, presa de los celos dice: “El color es terroso, la bilis me ahoga”, y más adelante: “Todo recae sobre el hígado” (Crommelynck, 1920, pág. 47); luego, cuando ya no le caben dudas de la traición, manifiesta: “Todos los conductillos hepáticos están tapados... no me mires Gorgona” (Crommelynck, 1920, pág. 75). (Las Gorgonas, una de las cuales era la Medusa, poseían la cabeza enraizada de serpientes, como la envidia en su carácter de deidad alegórica –Pérez Rioja, 1962–.)

## Los componentes hepáticos de la envidia

Veamos ahora de qué manera la consideración de las fantasías hepáticas puede enriquecer nuestra comprensión de la envidia. No podemos historizar en este lugar el desarrollo del concepto de envidia en la teoría psicoanalítica y su estrecha vinculación con los celos (Chiozza, 1970a, OC, t. I, n. 18 y n. 66, págs. 64-66 y 149-151). Solamente diremos que diversos autores, y especialmente Melanie Klein (1957a), han descrito a la envidia como una fantasía oral destructiva, fundamentalmente relacionada con la proyección y con la mirada. Esta última relación, señalada ya por Freud (1919h\*), surge claramente del mismo estudio etimológico de la palabra

“envidia”, derivada de *invideo*, “mirar adentro” (Klein, 1957a). Abraham (1911) enfatizó además la importancia de los componentes anales.

Basándonos en la consideración de las fantasías hepáticas –cuya relación con la envidia adquiere nuevos matices si realizamos un análisis prolijo del significado del hígado en el mito de Prometeo (Chiozza, 1970g [1966])– podemos pensar que los mecanismos proyectivos visuales, anales o uretrales, vinculados con afectos o impulsos orales, no adquieren la cualidad específica que los transforma en envidia mientras no queden asociados, en la fantasía inconciente, con las representaciones hepáticas. De acuerdo con las afirmaciones de Freud acerca del “lenguaje de los órganos”, podemos pensar además que si los trastornos hepatobiliares se “arrogan la representación” (o surgen en el cuerpo como una “consecuencia”) de la alteración de los impulsos, mecanismos o afectos englobados en la envidia, es porque el contenido inconciente de la envidia se halla en una relación estrecha con esos procesos que denominamos hepáticos.

El camino que ha seguido el estudio psicoanalítico de lo que hoy llamamos fantasías orales, anales o genitales, demuestra que lo que conocemos acerca del funcionamiento corporal puede ser estudiado como un lenguaje que traduce o representa en la conciencia un proceso inconciente cuya naturaleza trasciende las categorías de “psíquico” o “somático” propias de los modos de percepción de la conciencia<sup>42</sup>. La hiel es un humor amargo que, excretado y segregado por el hígado, fluye a través de las vías biliares y en parte se condensa y acumula en la vesícula. Podemos pensar entonces en un mecanismo inconciente “psicocorpóreo de expulsión venenosa”, distinto del anal y del uretral, que puede ser utilizado como envidia o que ya *es* envidia. También podemos pensar en un mecanismo de retención, de estasis y de acumulación de “veneno”, acorde con lo que hemos visto en el estudio etimológico de la palabra “melancolía”.

Las fantasías hepáticas se asocian con una imago envidiosa y venenosa, una “madre ponzoñosa” que adquiere frecuentemente la representación de *una serpiente*. Además de la ya citada Medusa, o la Envidia en su carácter de deidad alegórica, la fundamental relación del veneno y la serpiente con la hiel y la envidia surge de numerosas fuentes (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 3) que evitamos reproducir aquí en homenaje a la brevedad.

Sabemos que la bilis “prepara” los alimentos e interviene activamente en un tipo de digestión que podemos considerar todavía “externa”, ya que no se realiza en la intimidad de los tejidos sino en la luz intestinal. De acuerdo con

<sup>42</sup> En “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I] (Chiozza, 1974a [1972]) desarrollamos estas ideas con mayor amplitud.

el desarrollo que venimos realizando, el envidiar debería incluir un modo de funcionamiento “mental”, en principio normal, que consiste en desmenuzar o analizar un objeto “afuera”, o sea antes de incorporarlo.

Según esta formulación, la envidia, además de constituir un sentimiento y también un impulso, como ha sido expresamente señalado por Freud (1919h\*, pág. 239) y Klein (1957a), adquiere la fuerza de una acción o *mecanismo del yo: el envidiar*. Este planteamiento teórico queda también apoyado en la misma existencia del verbo “envidiar”, que como todo verbo transitivo supone la realización de una acción sobre objetos<sup>43</sup>.

El aspecto proyectivo de este mecanismo de digestión envidiosa correspondería a la persistencia y utilización “psicológica” de la digestión externa, actividad correspondiente a una “antigua forma del yo” que, encerrada en el ello, adquiere una nueva vida, tal como lo ha previsto Freud (1923b)<sup>44</sup> y *cuya justificación podemos encontrarla en la necesidad y el deseo de incorporar al objeto idealizado, que se teme incorporar intacto por su contenido persecutorio*.

Parece conveniente mantener el nombre de envidia para el aspecto sano de aquello que se ha descrito como un impulso destructivo perjudicial, por dos motivos:

<sup>43</sup> Uniendo las consideraciones presentes con algunas conclusiones extraídas de la experiencia clínica (Chiozza, 1998a [1963-1984]) y de la relación de los trastornos hepáticos con el asco, el letargo y la náusea, pensamos que el envidiar, como mecanismo, incluye un caso particular de identificación proyectiva entre cuyas cualidades (o fines), la más específica consiste en provocar en el otro un tipo de frustración que se experimenta (por ejemplo) frente al paciente (contratransferencia) y puede ser verbalizada como amargura (hiel). El grado más sutil de esta amargura es una “pérdida del gusto” por el trabajo o el momento en que se vive, y en su grado más intenso configura una vivencia de envenenamiento, fastidio, hastío, aburrimiento y letargo (la náusea). Este sentimiento provocado por la acción envidiosa del paciente correspondería, como producto de la identificación del analista con lo transferido por el propio paciente, a otro aspecto de este último que está “más allá” de la envidia, y constituye un fracaso en la capacidad de envidiar. Ese fracaso en la capacidad de envidiar, que equivale a *la envidia coartada en su fin, más la vuelta de la envidia sobre el propio organismo*, constituye la esencia del tormento hepático que sufre Prometeo, quien “se ha sorbido las lágrimas y ha devorado su hiel” (Saint-Victor, 1880-1884, pág. 32). En las vicisitudes de ese mecanismo intervienen otras fantasías hepáticas que hemos estudiado en relación con la función del parénquima hepático (hepatoglandulares), íntimamente vinculadas con el letargo y el asco (Chiozza, 1970n [1968]).

<sup>44</sup> Encontramos este mismo tipo de pensamiento en la afirmación freudiana de que el erotismo anal posee una “zona erógena que corresponde a la antigua cloaca indiferenciada” (Freud, 1913i, pág. 992).

- 1) porque se trata en principio de un mismo mecanismo que es utilizado de una manera o con una intensidad diferente en la salud y en la enfermedad;
- 2) porque, en castellano por lo menos, el término “envidia”, lo mismo que el verbo “envidiar”, mantiene (al lado de aquella que destacamos en psicoanálisis) una connotación positiva que aparece en el diccionario definida como “deseo honesto” o “apetito de lo lícito” (Real Academia Española, 1950). En francés, esta conexión es aun más evidente, ya que *envie* se utiliza habitualmente para designar un deseo urgente, como por ejemplo *envie de dormir* (Quillet, 1963).

Considerada de este modo, la envidia no sólo es un afecto que evita la introyección o que resulta en una introyección indiscriminada como lo ha señalado M. Klein (1957a) al afirmar que la envidia impide una buena disociación entre lo bueno y lo malo, sino que también *la envidia es un mecanismo de defensa doble: primero como intento de desmenuzar afuera aquello que se teme incorporar intacto; segundo, como una forma de destruir el estímulo inmanejable que provoca el re-sentimiento de la carencia.*

## **La incapacidad para materializar, la envidia y la melancolía como sufrimientos hepáticos**

Utilizaremos la parte final de este artículo para ocuparnos de algunos otros aspectos de las fantasías hepáticas. Acordes con la necesidad de ser breves evitaremos reiterar durante esta parte los fundamentos teóricos que nos asisten en la elección y el análisis del material. El mito y el arte literario, a partir del cual proseguiremos nuestras consideraciones, le brindarán una mayor riqueza a la teoría “descarnada”.

Freud ha escrito: “Es difícil rechazar la idea de que siendo el hígado asiento de las pasiones, signifique simbólicamente lo mismo que el fuego, de manera que su cotidiana consunción y regeneración describiría con fidelidad la fluctuación de los deseos amorosos que diariamente satisfechos, se renuevan diariamente” (Freud, 1932a [1931], pág. 69). Esta opinión de Freud puede completarse luego de un prolijo análisis del mito de Prometeo (Chiozza, 1970g [1966]) (y de acuerdo con su propio pensamiento acerca del lenguaje hipocondríaco) expresando que el hígado y el fuego se aúnan en la representación de las fantasías inconcientes tanáticas y libidinosas, inherentes al proceso metabólico. Para esas fantasías “metabólicas” evi-

tamos la denominación de orales puesto que no deseamos hacer un uso abusivo del concepto de oralidad.

Paul de Saint-Victor expresa: “Surgió él [Prometeo], agitando la rama encendida, en medio de esta raza oscura, y la luz elevóse sobre ella, como la aurora sobre la noche. Y despertó la inteligencia en los cerebros embotados de los hombres, y les iluminó los ojos y les ensanchó el espíritu. Su soplo de liberación los reanima, manifiéstase el regio instinto que en ellos se hallaba latente” (Saint-Victor, 1880-1884, pág. 38).

En el párrafo mencionado vemos cómo el fuego, la rama encendida, engendra la luz; cómo la luz, que ilumina los ojos, crea lo visual. Lo visual, equivalente a la idea (*eidon*: “yo vi”), despierta la inteligencia en el cerebro y reanima a la criatura de barro, brindándole el ejercicio de lo psíquico, la chispa de la vida, símbolo del ello, y es equiparado en este párrafo al “regio instinto latente”, o sea inconciente.

En el fragmento de Saint-Victor, la materia (madre), como pasta formada por la tierra y el agua, se conforma y reanima ante los impulsos vivificantes y fecundantes de la idea (la luz, el fuego, que es símbolo de los progenitores contenidos en el ello, que configuran en su esencia lo divino y una de las polaridades de lo sagrado).

Goethe pone en boca de su Prometeo las siguientes palabras: “Acostumbrad suavemente los ojos de los nacidos de la tierra, a fin de que la saeta de Helios no ciegue a mi raza, destinada a ver lo iluminado, no la luz” (Goethe, 1807, pág. 827). Nos expresa así un efecto desorganizador de la idea, que se manifiesta como la luz que quema y destruye el aparato receptor de estímulos. En el extremo de este efecto desorganizador, que configura una sobrecarga abrumadora de estímulos, encontramos aquella polaridad de lo sagrado que constituye lo demoníaco, representada por Lucifer (etimológicamente el portador de la luz) y por el fuego del infierno, y desarrollada por Goethe (1808-1832) en *Fausto* y por Thomas Mann (1947) en *Doktor Faustus*, en los cuales podemos ver otra versión del drama prometeico.

En *La vuelta de Pandora* aparecen casi unidos los aspectos demoníaco y divino de la idea como forma o configuración de la energía a través de las siguientes palabras que dirige a Prometeo su hijo Fileros: “¿Dime, padre, quién dotó a la forma del único, terrible, decisivo poder? ¿Quién en silencio la condujo por el arcano camino Olimpo abajo? ¿Quién la sacó del Hades [infierno]?” (Goethe, 1807, pág. 819).

Freud expresa: “Conforme al sentido literal de la palabra, todo aquello que es sagrado o superior al nivel vulgar... [es] a la vez peligroso, impuro o inquietante” (Freud, 1912-1913, pág. 523). El tabú se origina, en opinión de Freud, por el terror al poder demoníaco contenido en la doble condi-

ción de lo sagrado. Analizando las circunstancias en las cuales los objetos o personajes se convierten en tabú para determinados individuos, Freud (1912-1913) afirma que el factor decisivo reside en la diferencia de potencial que se establece entre la carga o “maná” del objeto o persona tabú y el individuo que se aproxima a él. Así, aclara, el contacto directo entre un súbdito y su soberano (investidura del “regio instinto latente”) es considerado peligroso y prohibido; en cambio, un personaje intermediario, dotado de un “maná” superior al corriente, puede comunicarse con su soberano y también con sus súbditos sin peligro alguno.

Freud considera a Zeus como un símbolo del ello, cuando expresa en su análisis de Prometeo: “...en este nivel legendario la divinidad de ningún modo tiene carácter de superyó, sino que aún representa a la omnipotente vida instintiva” (Freud, 1932a [1931], pág. 68). De acuerdo con sus propias ideas y sobre todo con las de Rascovsky (1957), el ello adquiere aquí el carácter de ideal del yo. Si Zeus representa al ello como ideal del yo, podemos ver en Prometeo a un representante del yo, y más aún del yo ideal, cuyo paradigma es el yo fetal, capaz de transformar en un cuerpo material a las protoimágenes heredadas a través de los genes. Esquilo (*Prometeo encadenado*, pág. 20) pone en boca de su Prometeo las siguientes palabras: “...fui el primero en distinguir, entre los sueños, los que han de convertirse en realidad”.

Esta identificación de Prometeo con el principio de realidad y las funciones tendientes a materializar en el mundo externo las ideas o sueños atribuidos a los dioses como representantes del mundo interno, aparece repetidamente en las distintas versiones literarias y aun psicoanalíticas (Chiozza, 1970g [1966]) del mito.

El hígado aparece como el órgano que asume la representación de una tortura íntimamente vinculada con los mismos contenidos del mito de Prometeo, entre los cuales quizás el más esencial sea un esforzado proceso de materialización.

La conexión inconciente entre esta representación hepática y el proceso aludido aparece en la novela que Thomas Mann (1947) tituló *Doktor Faustus*, plasmándola sobre el tema análogo de Goethe, y en la cual trabajó esforzada y penosamente durante muchos años torturado por dolores neurálgicos –véase *La novela de una novela* (Mann, 1961)–. *Doktor Faustus* narra la historia de un compositor que vende su alma al diablo para poder materializar su obra magna. El subtítulo que Mann coloca a esta novela es: *Vida del compositor alemán Adrian Leverkühn, narrada por un amigo*. Fonéticamente, y aun ortográficamente, si cambiamos la *v* por la *b*, *Leberkühn* significa en alemán “hígado atrevido”.

Otro ejemplo de una conexión inconciente conservada en los usos del lenguaje a través de los años, podemos encontrarlo en las palabras “hígado” y “ahigadado”, la primera de las cuales significa (Real Academia Española, 1950) ánimo, valentía, y la segunda, además de significar “de color del hígado”, equivale a esforzado y valiente.

Esta vinculación inconciente entre el proceso de materialización y las representaciones hepáticas puede comprenderse mejor si volvemos a lo que expresamos anteriormente, cuando afirmamos que el hígado asume la representación total (de acuerdo con las leyes que rigen el lenguaje hipocóndrico) del proceso por el que se asimilan y transforman en carne propia las sustancias ajenas que llamamos alimentos. Mediante la intervención de este proceso se obtiene no sólo el crecimiento sino también la materialización corporal de las formas heredadas y contenidas en el ello.

Acuden aquí a la memoria las palabras de Goethe citadas por Paula Heimann en relación con el proceso que ella denomina “asimilación de los objetos internos”: “Lo que de tus padres heredaste, tú debes adquirirlo, a fin de poseerlo” (Heimann, 1939, pág. 567).

En las distintas versiones del mito, o en sucesivos “momentos” de la leyenda de Prometeo, encontramos aspectos diferentes ordenados en una secuencia temporal que nos permite considerar “la evolución” del tormento hepático en un enfermo hipotético representado por el héroe. Tomaremos como base la secuencia narrada por Esquilo, enriqueciéndola con los aportes de otros autores.

Según Hesíodo (Saint-Victor, 1880-1884, pág. 17), Prometeo engaña y roba a Zeus, y lo hace riendo. Este aspecto, que podemos denominar maníaco y que surge no sólo en la idea de robo, sino también a través de la identificación con los contenidos ideales o superyoicos, configura una primera época. En ella expresa con arrogancia: “¿Qué puede temer el que está exento de morir?” (Séchan, 1951, pág. 39), y también, refiriéndose a Zeus: “Una cosa no podrá sin embargo, y es quitarme la vida” (Esquilo, *Prometeo encadenado*, pág. 31). Esta omnipotencia del héroe aparece, además, en múltiples pasajes y en diversas obras, como el constante desafío que adquiere una connotación soberbia.

El carácter profético de la figura prometeica, una de las singularidades más sobresalientes del mito, correspondería también, de acuerdo con las teorías de Rascovsky (1964), a la identificación, en este caso maníaca, con los contenidos visuales e ideales del inconciente. Prometeo, el previsor, el profeta, utiliza su conocimiento del destino de los dioses para sostener su desafío. Según las versiones de distintos autores, conocía el nombre de aquella con la cual Zeus, si se desposaba, tendría un hijo que habría de destronarlo.

Saint-Victor expresa: “Entre todos los grandes silencios trágicos de Esquilo, el de Prometeo, durante su suplicio, era célebre en la Antigüedad. El martillo que hendía sus miembros (y mediante el cual fue encadenado) ha hecho resonar la roca, pero no su voz. Se ha sorbido sus lágrimas y ha devorado su hiel” (Saint-Victor, 1880-1884, pág. 32). Cuando el héroe devora su hiel logra mantener su arrogancia mediante la negación de su envidia frustrada, cuyos efectos sobre Zeus, coartados en su fin destructivo, se vuelven contra él mismo y constituyen la causa inconciente que, “sobreviniendo cada día”, como el pico del águila, renueva permanentemente su suplicio hepático.

Mediante su actitud estoica intenta Prometeo despertar la envidia de Zeus y de los dioses enemigos, que habían de regocijarse si lo veían sufrir. Por eso teme flaquear en ese estoicismo trágico cuando exclama: “Estoy sufriendo para regocijo de mis enemigos” (Esquilo, *Prometeo encadenado*, pág. 7), e intenta sutilmente despertar otra vez la envidia cuando expresa con mal disimulado orgullo: “Miradme... en una guardia que nadie podría envidiar”. Lo anterior nos permite sospechar que Prometeo, maníacamente, intenta provocar en los demás los efectos de su propia envidia frustrada, latente e inconciente, que permanece negada mediante su arrogancia estoica y su posesión del fuego de los dioses, a pesar de que ese mismo fuego robado, al cual se siente incapaz de renunciar, es el que provoca y mantiene su tormento hepático envidioso.

En el carácter estoico que demuestra Prometeo, el titán que se rebela individualmente, como Lucifer, aparece la fortaleza de su yo; pero aparece también, a través del desaffo (que provoca los consejos prudentes de los dioses amigos), su carácter maníaco, que queda evidenciado además mediante la negación de dos aspectos que podemos diferenciar como hipocondríaco y melancólico.

El aspecto melancólico aparece esbozado en las lágrimas y la hiel, como representantes de la tristeza y la amargura por el escarnio sufrido y la “ignominia del suplicio” (Séchan, 1951, pág. 39) que Prometeo debe soportar para no renunciar a la posesión del fuego. Más adelante, quebrantado su ánimo por el dolor, aparecerá ese mismo aspecto melancólico como deseo de muerte cuando exclame: “Con ardiente deseo de morir, busco un término a mis males, pero la voluntad de Zeus mantiene alejada de mí la muerte” (Séchan, 1951, pág. 39).

La negación de la envidia, que lo lleva a sorberse su propia hiel, llenándose de amargura, coincide también con la negación de la melancolía (bilis negra, el color de la hiel que no fluye libremente).

El aspecto hipocondríaco, más negado en el mito, surge como temor ante el sufrimiento que proviene del águila, y podemos verlo en una de las

cuatro versiones del *Prometeo* de Kafka: “Retrocediendo de dolor ante los picos despiadados de las aves de presa, Prometeo fue incrustándose cada vez más profundamente en la roca, hasta formar un todo con ella” (“Prometeo”, en Kafka, *La muralla china*, pág. 83).

Ante los consejos de Océano, quien amistosamente expresa: “Si te ves en ese estado, es por culpa de tu lenguaje altanero. Y, a pesar de todo, no has aprendido aún a ser humilde, no sabes ceder a los males, y a tus sufrimientos presentes quieres añadir otros nuevos” (Esquilo, *Prometeo encadenado*, pág. 11), la negación de Prometeo, contenida en la arrogancia, comienza a deshacerse. Entonces el héroe habla de su propia envidia, aunque sin creer todavía en ella y, utilizando la palabra disociada en parte del afecto que menciona, intenta acusar sutilmente al dios Océano, sospechando de la sinceridad de sus gestiones, aconsejándole con amarga ironía que se cuide para no atraerse la cólera divina. Evidencia así que no desea ser acompañado por un rival que comparta el “envidiable” heroísmo del suplicio.

Prometeo contesta pues a Océano: “Te envidio, a fe, de que te encuentres libre de causa, después de haber tomado tanta parte como yo en mis empresas. Abandona... Cuida más bien de que no te atraigas algún mal... no te molestes... Todos tus esfuerzos de nada habrían de servir, si es que estaba en tu intención hacer esfuerzo alguno... ¡Ponte a salvo como sabes hacerlo!...” (Esquilo, *Prometeo encadenado*, págs. 11-12).

Prometeo, en la obra de Goethe, exclama: “¡No sé de nadie más pobre bajo el sol que vosotros, oh, dioses!; a duras penas os alimentáis con el tributo de las ofrendas...”, y también: “Pues aquí me tienes, plasmo hombres a semejanza mía...” (Goethe, 1773, págs. 1734-1735), demostrando con esto su deseo de mantener la envidia en el ánimo de los dioses.

Sin embargo, “la interpretación” de Océano ha rendido sus frutos, ya que Prometeo, ante la siguiente intervención del dios amigo: “¿No sabes, acaso, oh Prometeo, que para la enfermedad del odio existe la medicina de las palabras?”, responde: “Así es, con tal que sepa escogerse el momento en que es posible ablandar el corazón, pero no cuando se quiere extirpar por la fuerza una pasión envenenada hasta el último extremo” (Esquilo, *Prometeo encadenado*, pág. 13).

Esta pasión envenenada, a la cual alude Prometeo y que se reitera más adelante cuando Hermes lo llama “espíritu de hiel” (Esquilo, *Prometeo encadenado*, pág. 28), constituye una alusión a los celos y la envidia, cuya relación con el veneno –que ha sido señalada por otros autores (Lieberman, 1962, pág. 83)– queda reforzada por las representaciones hepáticas.

Podemos pensar que la situación melancólica de Prometeo, quien “se ha sorbido las lágrimas y ha devorado su hiel”, simboliza un proceso de

identificación que surge como consecuencia de la pérdida del objeto externo y material, elegido de una manera narcisista (Freud, 1917e [1915]). Esto equivale a una introversión hacia el objeto ideal, y a la sobrecarga de los recuerdos (Freud, 1917e [1915]) representados en el mito por la mención de su boda con Hesione.

Esa situación, tal como ocurre con el niño que alucina el pecho, se vuelve cada vez más persecutoria y dolorosa por la frustración instintiva que trae aparejada, ya que la satisfacción de los instintos exige un vínculo adecuado con los objetos externos y materiales. Esa frustración adquiere en el mito una representación hepática, tal vez porque la ausencia de un vínculo adecuado con los objetos externos y materiales pasa a ser simbolizada como un déficit en el proceso de materialización.

Podríamos pensar, decíamos, que la disociación melancólica (Freud, 1917e [1915]) de Prometeo, o su representante hipocondríaca, simbolizada a través del tormento hepático, traduce el proceso de identificación que se realiza *a partir de la pérdida* del objeto externo, cuando este último ha sido elegido narcisistamente. Sin embargo, parece más adecuado a la estructura del mito afirmar que éste representa mejor su contraparte, el proceso que suele *conducir hacia la pérdida* del objeto externo material, debido a la existencia de un mundo interno constituido por una disociación melancólica preexistente.

Prometeo no puede renunciar a sus objetos internos ideales, el fuego de los dioses que lo transforma en profeta, y esto tiende a comprometer cada vez más el vínculo con el objeto externo. Por esta razón Prometeo renuncia a Pandora, la mujer enviada por los dioses tentadores, que aquí representan al ello que procura la satisfacción genital. Esta satisfacción genital amenaza la conservación del fuego, fuente de la realización cultural que resulta de la renuncia a la satisfacción instintiva directa.

Si la tensión o atracción que el superyó ejerce sobre el yo crea y equivale en magnitud a la “falta” o culpa inconciente (Freud, 1923b) —que exige y solicita la libido del yo—, el castigo, que aparece en el mito como consecuencia del robo del fuego, puede ser también considerado como *la causa* de este mismo robo, puesto que la debilidad del yo (Freud, 1923b) condiciona la imposibilidad de renunciar al vínculo con lo ideal, representado por el fuego que quema y tortura a Prometeo. A la vez este ideal, atrayéndolo de manera irresistible, le impide el desplazamiento de su libido hacia los objetos externos que podrían calmar el dolor de sus instintos insatisfechos.

Intentaremos comprender ahora, apoyándonos nuevamente en el mito, el desenlace de esa “pasión envenenada hasta el último extremo”, que es a la vez hipocondría, melancolía y envidia coartada en su fin, y que queda resumida en la leyenda como tormento hepático.

En “el moderno Prometeo” constituido por el doctor Frankenstein (Shelley, 1818) podemos asistir a un desenlace que nos permite profundizar en la comprensión de los aspectos más destructivos del tormento hepático.

El monstruo de “amarilla epidermis” creado por el doctor Frankenstein –monstruo que según la interpretación de Plata Mujica (1960) constituye la representación del propio “doble” de Frankenstein– se halla “dominado por la envidia, la impotencia y la amargura” (Shelley, 1818, pág. 387). Ante la muerte de su creador manifiesta: “Subiré a mi pira funeraria en triunfo y gozaré en el dolor que me causen las llamas” (Shelley, 1818, pág. 393), expresando con esto un destino maníaco y masoquista idéntico al de Heracles, el liberador de Prometeo.

Lo que resulta más interesante para los fines que nos proponemos, es la muerte del doctor Frankenstein, que en la obra es presentado como el moderno Prometeo y cuya boda incestuosa no se consuma, impedida por el monstruo que él mismo ha creado<sup>45</sup>. El doctor Frankenstein, que ha dedicado su vida a perseguir al engendro que constituye su pasión envenenada, no logra dominarlo y muere, amargado por su fracaso, hundiéndose previamente, “en un letargo que tiene todo el aspecto de la muerte” (Shelley, 1818, pág. 376).

El letargo (Cesio, 1960a y 1960b), que coincidiría aquí con el fracaso de la envidia impotente, coartada en su fin, representaría el grado extremo de este tormento hepático, encaminándose hacia la muerte dentro de una atmósfera tóxica surgida de la autólisis de su propio organismo. Esto recuerda al coma hepático y a la Hidra de Lerna, cuyo aliento fétido “envenenaba las aguas y secaba los campos” y de la cual se afirma que “cuando dormía el aire ponzoñoso que la rodeaba podía ser la muerte de un hombre” (Borges, 1957b, pág. 87)<sup>46</sup>.

<sup>45</sup> Las relaciones entre incesto, melancolía y tormento hepático son tratadas en otros trabajos (Chiozza, 1970a, 1998a [1963-1984]).

<sup>46</sup> En la obra de Esquilo (*Prometeo encadenado*, pág. 38), ante una pregunta de las Océánides que desean saber cómo Prometeo enseñó al hombre a enfrentarse con la muerte, el héroe responde: “Infundiendo en ellos la ciega esperanza”. Este tema de la esperanza (Chiozza, 1998a [1963-1984]) resulta clave en el mito para comprender algunos aspectos de la estructura melancólica en él representada. Cuando Prometeo abrió la caja de Pandora surgieron todas las calamidades y en el fondo sólo quedó la esperanza. En *La vuelta de Pandora* (Goethe, 1807) se describen con una belleza conmovedora los sentimientos de Epimeteo (hermano de Prometeo y representante simbólico de uno de sus aspectos), el torpe soñador ocioso que abandonado por su mujer, la conserva en el recuerdo doloroso, melancólico, y encuentra en la esperanza su único consuelo. Epimeteo, quien por su nombre significa “aquel que reflexiona después de obrar”, el que es incapaz de retardar la acción en favor del pensamiento, el que es incapaz de esperar,

Prometeo es liberado, en las versiones clásicas, mediante una hazaña de Heracles, quien con *una flecha emponzoñada en la hiel* de la Hidra de Lerna (Borges, 1957b; Saint-Victor, 1880-1884), e invocando al dios Apolo, el arquero invencible, atraviesa el corazón del águila que amenazaba reanudar su espantoso festín (Séchan, 1951, pág. 39).

Según hemos visto anteriormente, el águila de Zeus representa el impacto de los contenidos ideales asociados con los impulsos instintivos que, “sobreviniendo cada día”, consumen al propio organismo, y adquieren un carácter superyoico cuando este organismo, “atado” como Prometeo en su tormento, no es capaz de derivar la acción de tales contenidos hacia el exterior. Podemos pensar que Heracles representa al propio Prometeo, quien, confortado por las Oceánides y por su madre Gea (Séchan, 1951), extrayendo su fuerza del ello, al cual se alude mediante la invocación de Apolo, “personificación del sol y de la luz” (Pérez Rioja, 1962), logra “desatar” la hiel de su pasión envenenada.

La flecha emponzoñada de Heracles representa entonces un ataque proyectivo “endopsíquico” similar al mecanismo descrito por Heimann (1939), al cual, en este caso, la hiel venenosa nos permite caracterizar como envidia. De este modo, mediante la envidia operando intrapsíquicamente, se intenta la asimilación en el yo de aquellos objetos internos, ideales, cuyo carácter “sagrado” evidencia a la vez sus cualidades valiosas y persecutorias. Así como la envidia coartada en su fin adquiere representación en el mito, configurándose como un mundo interno en “estancamiento” melancólico, el desatarse de la envidia constituiría el final y la victoria de un penoso proceso dramatizado a través de la lucha con Zeus.

Prometeo renunciaría de esta manera, en parte, a su contacto ideal con el ello, renunciaría a agregar a sus “sufrimientos presentes, otros nuevos”, y renunciaría con ellos a la riqueza que esos nuevos sufrimientos podrían brindarle a su visión profética.

Podríamos decir que la asimilación de los objetos internos ideales, que atempera su pasión envenenada, capacita a Prometeo para un vínculo

---

encuentra en su mundo poblado de sueños nostálgicos, melancólicos, un sustituto de esa facultad de esperar inalcanzable. Por eso suele decirse que “la esperanza es lo último que se pierde”, ya que nace de una espera tan “desesperada” que tiene que ser idealizada. En el guión y en la película de Fellini *Ocho y medio*, que hemos analizado en relación con las fantasías hepáticas en otro lugar (Chiozza, 1970f [1964-1966], apdo. 2), Guido, el personaje central, un director de cine abrumado por la tarea de materializar en un filme las ideas que constituyen lo que él denomina “su estupenda confusión”, es examinado por su médico, quien en el momento en que “le palpa el hígado”, le interroga: “¿Otra película sin esperanza?” (Cederna, 1964, pág. 127).

con los objetos materiales en donde la envidia, modificada en su violencia, adquiere el carácter de ambición y “deseo honesto” que el diccionario incluye en su definición, y los celos –de cuya participación en el mito de Prometeo nos ocupamos en otro lugar (Chiozza, 1970g [1966])– se transforman en el celo con el cual se cuida al objeto amado. Podríamos añadir que este vínculo con los objetos externos materiales brindaría seguramente a nuestro personaje mítico una mayor capacidad para asimilar o derivar el impacto fecundante y desorganizador de sus objetos ideales.

Según la profecía expresada por Hermes en la obra de Esquilo (*Prometeo encadenado*), la liberación de Prometeo exigía el sacrificio de un dios. Ese dios es en la leyenda el centauro Quirón, el cual sufría de una herida incurable asestada involuntariamente por el mismo Heracles con una flecha emponzoñada en la hiel de la Hidra, y que accedió, renunciando a una inmortalidad que le pesaba, a descender al infierno.

En la figura de Quirón, el mito nos representa el doloroso proceso a través del cual los contenidos ideales que no han podido ser totalmente asimilados en el yo son “abandonados” –duelo primario (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3)–, junto con los aspectos de ese mismo yo que arrastran consigo. Este duelo por las partes perdidas del yo (Grinberg, 1963) queda simbolizado no sólo en la figura de Quirón (quien con su herida incurable representa el aspecto irreparable en la pasión envenenada que aquejaba a Prometeo) sino también a través de Heracles, cuya muerte, en la leyenda (Bulfinch, 1951), reitera la alegoría que estamos interpretando.

La conciencia de esta renuncia aparece en el *Prometeo* de Goethe a través de las siguientes palabras: “El hombre industrioso ha de tener por lema la parcialidad” (Goethe, 1773, pág. 815). El mismo tema aparece en el *Fausto* (Goethe, 1808-1832), quien termina por abandonar su deseo de alcanzar el conocimiento de las causas finales.

También Freud expresa esta conciencia de los límites del yo cuando señala: “Las ideas latentes descubiertas en el análisis no llegan nunca a un límite y tenemos que dejarlas perderse por todos lados en el tejido reticular de nuestro mundo intelectual” (Freud, 1900a [1899], pág. 539).



---

# **CUERPO, AFECTO Y LENGUAJE**

---

(1975 [1974])

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1975a [1974]) “Cuerpo, afecto y lenguaje”.**

### **Primera edición en portugués**

“Corpo, afeto e linguagem”, en *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 9, Nº 243, San Pablo, 1975, págs. 243-257.

Este trabajo fue presentado en el X Congreso Latino-Americano de Psicoanálisis, Río de Janeiro, julio de 1974.

El apartado segundo y parte del tercero de este artículo se publicaron en castellano con el título “La transformación del afecto en lenguaje” (Chiozza, 1976h [1975]).

El segundo apartado se incluyó como Apéndice de “Los afectos inconcientes” [II] (Chiozza, 1997e [1975-1976]).

## **El cuerpo en la teoría psicoanalítica**

En la conciencia se constituyen dos organizaciones diferentes del conocimiento de uno mismo. Las representaciones de los órganos y sus funciones constituyen un grupo de representaciones que se refieren a aquello que denominamos “cuerpo”, y las representaciones de los deseos, impulsos, afectos e ideas que configuran las fantasías concientes (e inconcientes) constituyen el grupo de representaciones que se refiere a aquello que denominamos “psique”.

Ambas organizaciones mantienen en la conciencia relaciones entre sí, como lo muestra el hecho de que los “objetos” (“cuerpo” y “psique”) a los cuales ambas se refieren se reconocen como parte de un todo. Se trata de un cuerpo animado y de una vida subjetiva siempre radicada en un cuerpo.

Al introducir el concepto de inconciente, el psicoanálisis enriqueció las relaciones que estos dos sistemas de organización del conocimiento mantienen en la conciencia.

Cuando nosotros, psicoanalistas, usamos, por ejemplo, la expresión “fantasías orales”, implícitamente reconocemos una relación específica entre este particular tipo de fantasías que configuran un aspecto también particular del psiquismo y una función corporal del órgano que denominamos “boca”. Esto puede ser descripto con un poco más de prolijidad de la siguiente manera:

1. Existe un grupo de representaciones (ideas) del órgano boca y sus funciones que provienen de la percepción proporcionada por los órganos de los sentidos y que pertenecen al sistema conciente-preconciente.

El órgano boca y sus funciones (que forman una parte de aquello que denominamos el cuerpo de un individuo) corresponden por lo tanto a un objeto de la parte sensorial de ese mismo individuo.

2. Existe un grupo de fantasías que pertenecen al sistema conciente-preconciente, que derivan de fantasías inconcientes constituidas por impulsos instintivos propios de la zona erógena oral.

La zona erógena oral constituida por el órgano boca y sus funciones, que constituyen la fuente de *determinadas* fantasías inconcientes, es conocida en el sistema conciente-preconciente a través de derivados que *denominamos* fantasías orales, exactamente porque para la teoría psicoanalítica (Freud, 1905*d*, 1915*c*, 1924*c*) están indisolublemente ligadas, lo mismo que el concepto de zona erógena, al grupo de representaciones (ideas) del órgano boca y sus funciones.

La teoría psicoanalítica avanza, sin duda, un paso más, cuando denomina “orales” a las supuestas fantasías *inconcientes* que corresponden al funcionamiento de la zona erógena oral, que solamente conocemos en el sistema conciente-preconciente a través de derivados que adquieren su nombre a partir de las representaciones (ideas) del órgano boca y sus funciones.

Dejamos deliberadamente de lado el hecho importante de que estas representaciones (ideas), derivadas del funcionamiento de los órganos de los sentidos, sean verbales o no verbales; ellas se integran con afectos e impulsos, igualmente específicos de la zona erógena oral, para configurar en su conjunto la fantasía oral plenamente constituida.

3. Repararnos entonces en *una misma realidad* “objetiva”, llámese “boca” o “zona erógena oral”, que origina, sea cual sea su vía de acceso a la conciencia, el sistema de conocimiento de la realidad “material” que denominamos “cuerpo” o sistema de conocimiento de la realidad “ideal” que denominamos “psique”. (La cualidad esencial de esta realidad objetiva es incognoscible en uno y otro caso, como señala Freud –1915*e*– apoyándose en los postulados de Kant.)

Así, la representación “boca” y la “fantasía oral” no solamente *se configuran influenciándose mutuamente en un proceso recíproco y continuo*, sino que, como miembros que pertenecen a dos cadenas diferentes de organización del conocimiento (corporal y psíquica), mantienen entre sí una relación específica ya sancionada en la utilización de la palabra por la cual se denominan.

4. La *misma* realidad “objetiva”, de la cual ambas derivan, no puede, por lo tanto, ser considerada, en su propia esencia, como una realidad que posea unilateralmente los atributos de lo corporal o de lo psíquico, dado que, siguiendo los postulados de la metapsicología freudiana, llegamos a la conclusión de que los atributos de lo corporal y de lo psíquico dependen

de los modos de percepción de la conciencia. Esto es especialmente válido cuando esa realidad “objetiva”, en el sentido de que constituye un objeto de nuestro conocimiento, es inconciente.

Sosteníamos en otro lugar (Chiozza, 1971*b*) que cuando Freud afirmó la legitimidad de sustentar la naturaleza psíquica de lo inconciente, su intención recaía en la necesidad de deshacer una discontinuidad que provenía de identificar unilateralmente lo inconciente con lo somático. Si las nociones de materia e historia, que forman parte de dos modos de captación del cuerpo y de la mente, derivan de las nociones de espacio y de tiempo emanadas del funcionamiento de nuestro sistema conciente (Freud, 1920*g*), cabe afirmar que lo inconciente configura un diferente aspecto de la existencia. Freud escribió en el historial de Dora: “Habrà de extrañar especialmente mi resuelta actitud en la cuestión de lo inconciente, actitud que me lleva a operar con los impulsos, ideas y representaciones inconcientes cual si fuesen objeto tan indudable de la psicología como todo lo conciente... [tal] reproche transfiere injustificadamente a la teoría un carácter de la técnica. Sólo la técnica terapéutica es puramente psicológica” (Freud, 1905*e* [1901], pág. 653).

¿Qué es lo que Freud entendía, entonces, por naturaleza psíquica de lo inconciente? Dicho en otras palabras: ¿qué es lo que quería significar cuando afirmaba que lo psíquico no se limita a la conciencia? Su intención recaía en afirmar que diferentes representaciones, que permanecían desvinculadas en la conciencia, demostraban pertenecer a una serie psíquica, a través de la recuperación de los eslabones inconcientes. Así, Freud (1916-1917 [1915-1917]) en su *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, define el término “sentido psicológico” por su posición dentro de una serie psicológica y por la intención del proceso psicológico considerado. Más tarde, como señaló Cesio (1974*a*), Freud (1940*a* [1938]), en su *Compendio del psicoanálisis*, retoma esta cuestión afirmando que constituye la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis.

Los procesos concientes, dice Freud, “no forman series cerradas y completas en sí mismas, de modo que sólo cabe la alternativa de admitir que existen procesos físicos o somáticos concomitantes de lo psíquico, siendo evidente que forman series más completas que las psíquicas, pues sólo algunas, pero no todas, tienen procesos paralelos concientes. Nada más natural, pues, que poner el acento, en psicología, sobre esos procesos somáticos, reconocerlos como lo esencialmente psíquico, tratar de establecer otra categoría para los procesos concientes” (Freud, 1940*a* [1938], pág. 1021).

Cuando, siguiendo a Weizsaecker (1946-1947), decimos, entonces, que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un

correlato corporal, no presuponemos que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la propia existencia del fenómeno somático está dotado de ese sentido y que la propia existencia del fenómeno psíquico posee un aspecto corporal.

Por tal razón afirmamos en otro lugar (Chiozza, 1974*b*) que la progresión de la bilis a través del colédoco *es* al mismo tiempo, y desde un diferente punto de vista, una fantasía inconciente específica, compuesta por un afecto, una idea, un mecanismo, una intención igualmente específicos, para cuya denominación usamos, por ser más adecuada a su sentido, la palabra “envidia”. Inversamente la envidia como significado, como sentimiento, como impulso y como actividad del yo, posee un aspecto o equivalente corporal, que entre todas las representaciones que constituyen el conocimiento del cuerpo en nuestra conciencia, parece corresponder, más precisamente, a aquellas que configuran el conjunto que denominamos proceso biliar. Así, lo psíquico inconciente y lo somático inconciente constituyen dos modos conceptuales de concebir lo inconciente. No sólo no se excluyen sino que describen dos aspectos o dos apariencias diferentes, siempre posibles en teoría, de una misma realidad compleja.

Desde este punto de vista, los conceptos de psicogénesis u organogénesis se tornan tan obsoletos como la afirmación de que existen enfermedades realmente somáticas o psíquicas, dado que frente a un trastorno particular de un ser humano, el fenómeno somático se manifiesta cada vez que un modo particular de la atención registra en la conciencia del observador una alteración de la materia (o de la energía), en tanto que el fenómeno psíquico se manifiesta cada vez que el observador obtiene una repuesta en relación con el sentido o significado de ese mismo fenómeno.

## La teoría psicoanalítica de los afectos

Freud (1915*e*) nos aclara que en su teoría no existen afectos o emociones inconcientes en un sentido análogo al que utilizamos cuando hablamos de representaciones (ideas) inconcientes. Mientras que las ideas inconcientes son cargas psíquicas de huellas mnémicas, los afectos o emociones corresponden a procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas como sentimientos.

Por tal motivo, la verdadera finalidad de la represión consiste en *impe-*  
*dir el desarrollo* del afecto (Freud, 1915*e*).

Lo que llamamos emoción inconciente no es un producto “real”, como en el caso de la idea inconciente que recibe su catexis del impulso ins-

tintivo, sino una disposición al afecto que no pudo llegar a desarrollarse (Freud, 1915*e*). Esta disposición potencial al afecto, que se denomina también, siempre desde el punto de vista cualitativo, estructura afectiva inconciente (Freud, 1915*e*), corresponde desde el punto de vista cuantitativo a la llamada cuota de afecto o montante de excitación.

Los afectos propiamente dichos son en cambio procesos actuales de descarga, percibidos en la conciencia bajo la forma de sensaciones o sentimientos cualitativamente diferenciados entre sí. Su capacidad de conciencia no depende, como en el caso de las ideas inconcientes, del agregado de un resto mnémico verbal o visual, preconciente (Freud, 1923*b*).

La presente afirmación de Freud acerca del carácter no actual, sino potencial, de la emoción inconciente, nos introduce en una aparente contradicción con su categórica postulación acerca del carácter patógeno, y aun corporalmente patógeno, de lo inconciente reprimido. Sin embargo, el efecto patógeno se establece siempre a través de formaciones sustitutivas que logran el acceso a la motilidad (sea voluntaria o vegetativa) y constituye por lo tanto un fracaso en el mecanismo de la represión.

Estas formaciones sustitutivas pueden ser “interpretadas” por el sujeto que las padece mediante las más diversas alteraciones de su sentido primitivo, pero logran el acceso a la conciencia como procesos de descarga que constituyen afectos actuales.

Freud (1905*e* [1901]) afirma que el síntoma es en todos los casos una satisfacción enmascarada de los impulsos sexuales que configuran el deseo o idea inconciente. Por lo tanto, el síntoma implica una inhibición del desarrollo del afecto original reprimido que subsiste en lo inconciente como disposición potencial asociada al deseo primitivo, pero también implica una transformación transaccional, no siempre saludable, de dicho afecto potencial original en un afecto actual que se descarga y se vivencia bajo la forma del síntoma y sus fenómenos concomitantes.

Si aceptamos incluir, como lo hace Freud (1926*d* [1925]) en un sentido amplio, al dolor y a la angustia dentro de la teoría de los afectos, toda descarga motora, exceptuando aquellas destinadas al logro de la acción eficaz sobre el mundo exterior –y tal vez sobre los procesos internos–, constituye un afecto. Ha sido repetidamente señalado (Rapaport, 1962) que el desarrollo de afecto tiende a incrementarse cuando se incrementa la frustración frente a la ausencia del objeto o frente a otras formas de incapacidad para desarrollar la acción eficaz destinada a satisfacer la necesidad. Freud se ocupa del mismo tema de un modo semejante cuando afirma: “La descarga motora, que durante el régimen del principio de la realidad había servido para descargar de los incrementos de estímulo el aparato psíquico, y había

cumplido esta misión por medio de inervaciones transmitidas al interior del cuerpo (mímica, expresión de los afectos), quedó encargada ahora de una nueva función, siendo empleada para la modificación adecuada de la realidad y transformándose así en acción” (Freud, 1911*b*, pág. 496).

Al definir los afectos propiamente dichos como una clase determinada de procesos de descarga, éstos han quedado de algún modo objetivados. Podemos preguntarnos ahora en qué clase de objeto teórico se halla anclada esa estructura afectiva inconciente potencial que, por el mismo hecho de ser potencial, resulta privada de su referencia a algún tipo de sustrato material concreto. Freud, en *La interpretación de los sueños*, acude en nuestra ayuda con las siguientes palabras que deseamos subrayar: “*En la base de lo dicho hay un supuesto muy determinado sobre la naturaleza del desarrollo del afecto. Éste es visto como una operación motriz o secretoria, la clave de cuya inervación se sitúa en las representaciones del Icc.*” (Freud, 1900*a* [1899]\*, pág. 573).

Estas palabras de Freud clarifican todo el esquema. La estructura disposicional afectiva inconciente desde el punto de vista cualitativo, se encuentra “contenida” en la misma idea inconciente, ya que la forma de esta idea constituye la “clave” de la inervación capaz de desarrollar el afecto.

Los llamados afectos retenidos corresponden entonces a montantes de excitación que buscan su derivación a través de una clave de inervación proporcionada por una idea inconciente. Al ingresar en la conciencia como representación, una parte de ella es capaz de desarrollar aquello que denominamos afecto, mientras otra parte es capaz de desarrollar aquello que denominamos idea.

Se comprende de este modo que distintos “afectos inconcientes” puedan disputarse el acceso a la motilidad o ser víctimas de la represión, que puedan “combinarse” en una transacción que, junto a la persistencia en lo inconciente de la disposición para los afectos primarios (que configuran la “tormenta” afectiva o las distintas pasiones), puedan constituirse, a través de sucesivas elaboraciones, nuevas disposiciones, “atemperadas”, hacia el desarrollo de afectos secundarios.

También resulta comprensible de este modo que la descarga de una estructura afectiva inconciente mediante el desarrollo de afecto pueda conducir a la recarga de otra estructura inconciente como producto de aquello que denominamos la existencia de un conflicto afectivo inconciente.

Cuando Freud se ocupa del problema de la angustia, expresa con las siguientes palabras una de sus más profundas postulaciones acerca de los afectos: “A nuestro juicio, también los demás afectos son reproducciones de sucesos antiguos, de importancia vital y, eventualmente, preindividuales; los consideramos como ataques histéricos universales, típicos e innatos

comparados a los ataques de la neurosis histérica, recientes e individualmente adquiridos, cuya génesis y significación como símbolos mnémicos nos ha revelado el análisis” (Freud, 1926*d* [1925], pág. 53).

Continúa luego esta comparación subrayando que: “Para explicarnos el ataque histérico no tenemos más que buscar la situación en la que los movimientos correspondientes constituían una parte de un acto justificado” (Freud, 1926*d* [1925], pág. 53).

Esta afirmación de Freud acerca de que los afectos son ataques histéricos heredados y universales posee una trascendencia insospechada, ya que, dado el carácter central de la teoría de los afectos en psicoanálisis, nos permite utilizar su comprensión de los fenómenos corporales de la histeria en el resto de nuestra actividad psicoanalítica.

Ya no se trataría como afirma Freud (1905*e* [1901]) para el caso de la conversión, de una transferencia de una excitación puramente psíquica a la inervación somática, sino que si bien no todos los afectos son, estrictamente hablando, síntomas, todos los síntomas (ya se manifiesten a la conciencia como alteraciones psíquicas o como alteraciones somáticas) son afectos, y, como tales, están dotados de un sentido psicológico y quedan atribuidos tanto a un lugar del cuerpo como a una alteración somática.

Nos falta todavía abordar una cuestión. Hemos dicho que la representación que penetra en el sistema de la conciencia es capaz de desarrollar un afecto y una idea. Rapaport (1962) afirma: “Tanto la ‘carga afectiva’ como las ideas son representaciones impulsivas; fue necesario distinguirlas teóricamente por ser diferente su destino en el estado de represión”.

Es cierto que el psicoanálisis nos acostumbra, siguiendo el consejo de Freud, a perseguir por separado los destinos que la represión impone al afecto de aquellos otros que impone a la parte eidética de la representación. Dentro de esta regla psicoanalítica resulta bastante claro qué es lo que debemos entender por una y otra cosa.

Sin embargo, cuando en un afán de “inventariar” los distintos tipos de representaciones que configuran en el psiquismo la idea o el objeto interno “pecho”, por ejemplo, pasamos de aquellas que provienen de los órganos de los sentidos a aquellas otras que corresponden a la tibieza de la leche descendiendo por el esófago y alojándose en el estómago, o al conjunto cenestésico que surge de la posición del cuerpo en el regazo materno, debemos preguntarnos en qué punto de esta escala sin soluciones de continuidad finaliza aquello que denominamos representación-idea y comienza lo que denominamos afecto, ya que afecto es, en última instancia, el registro sensitivo de un proceso de descarga motora, predominantemente vegetativa, realizado de acuerdo con una modalidad preformada.

Si repasáramos atentamente todo cuanto fue dicho hasta aquí, veremos que frente a esta problemática surge una conclusión análoga a las formuladas con respecto a las categorías psíquica y somática. La diferencia entre afecto e idea no corresponde a la existencia de un objeto diferente fuera del ámbito de la conciencia sino que, frente a la existencia de un proceso complejo, deriva de la inclusión de dos diferentes datos de la percepción en dos series diferentes de organizaciones conceptuales, dentro de un sistema conciente-preconciente.

## El lenguaje de los órganos

En el historial de Isabel de R., Freud formula un pensamiento cuya profunda concepción acerca de la relación existente entre histeria, afecto y lenguaje, nos permite ya entrever sus posteriores afirmaciones acerca de que los afectos constituyen ataques histéricos universales y congénitos. Sus palabras son las siguientes (Freud y Breuer, 1895*d*, pág. 103):

Tomando al pie de la letra las expresiones metafóricas de uso corriente y sintiendo como un suceso real, al ser ofendida, la “herida en el corazón” o la “bofetada”, no hacía uso la paciente de un abusivo retruécano sino que *daba nueva vida a la sensación a la cual debió su génesis la expresión verbal correspondiente*. En efecto, si al recibir una ofensa no experimentáramos cierta sensación precordial, no se nos hubiera ocurrido jamás crear tal expresión. Del mismo modo la frase “tener que tragarse algo”, que aplicamos a las ofensas recibidas sin posibilidades de protesta, procede, realmente, de las sensaciones de inervación que experimentamos en la garganta en tales casos.

Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la “expresión de las emociones” que, según nos ha demostrado Darwin, consiste en funciones originariamente adecuadas y plenas de sentido. Estas funciones se hallan ahora tan debilitadas que su expresión verbal nos parece ya metafórica, pero es muy verosímil que primitivamente poseyeran un sentido literal, y la histeria obra con plena justificación al restablecer para sus inervaciones más intensas, el sentido verbal primitivo. *Llego incluso a creer que es equivocado afirmar que la histeria crea por simbolización tales sensaciones, pues quizás no tome como modelo los usos del lenguaje, sino que extraiga con él sus materiales de una misma fuente.*

En estado de profunda modificación psíquica surge una orientación del lenguaje hacia la expresión artificial en imágenes sensoriales y sensaciones.

En otro párrafo de la misma época Freud (1950a [1895]\*) nos aclara cuál es su concepto acerca de la relación que la expresión de las emociones mantiene, desde el punto de vista genético, con el instrumento de comunicación que denominamos lenguaje. Afirmar que el organismo humano, incapaz en un principio de llevar a cabo la acción específica destinada a satisfacer la necesidad, recurre a la asistencia ajena llamando la atención de una persona experimentada, sobre el estado en que se encuentra el niño, mediante la conducción de la descarga por la vía de la alteración interna. Esta vía de descarga, el afecto, adquiere, así, la importantísima función secundaria de la comprensión (Freud, 1950a [1895]\*, págs. 362-363).

La relación existente entre afecto y lenguaje ofrece en su fundamento teórico las posibilidades de realizar la interpretación psicoanalítica y obtener los efectos que ella intenta obtener.

Freud (1900a [1899]) nos enseñó que una representación que forma parte de un sueño, de un mito, de una enfermedad, o de cualquier proceso de comunicación, no fue elegida al azar para recibir aquella transferencia del inconciente que descubrimos mediante la interpretación psicoanalítica. La elección está determinada por una conexión asociativa entre el inconciente y el derivado que constituye la representación elegida.

La existencia de los llamados sueños típicos y de los símbolos universales permitió a Freud penetrar en los estudios de aquellas fantasías básicas cuyo ejemplo más importante lo podemos encontrar en lo que denominamos complejo de Edipo (Freud, 1900a [1899]). Abraham (1909) y posteriormente Rank en su apéndice a *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899]), expresarán explícitamente que los mitos o leyendas son algo así como los sueños típicos de la humanidad y que, por lo tanto, se constituyen con símbolos de elevado grado de universalidad.

Los símbolos universales son aquellas representaciones especialmente adecuadas para recibir la transferencia de determinadas fantasías inconcientes. Suponemos por lo tanto que poseen, con esas fantasías, un importante elemento común, que facilita tal desplazamiento. Así entendemos que sean repetidamente utilizadas y que, estructurándose a través de una interrelación cada vez más compleja, lleguen a constituir el instrumento de comunicación que llamamos lenguaje.

Cuando utilizamos una palabra o una expresión particular del lenguaje, por más que esta expresión forme parte del acervo sancionado por los usos habituales, que determina la relación en la conciencia entre un signo y su significado, ocurre que en la carga inconciente de este derivado participan los mismos motivos que una vez dieron origen a la expresión verbal considerada. La vigencia de tales motivos es que, precisamente, perpetúan

determinados usos del lenguaje. Por tal razón pudo Freud afirmar, en el párrafo citado anteriormente, que la histeria no crea los síntomas somáticos por simbolización sino que se limita a dar nueva vida a los “contenidos” corporales inconcientes específicos de la expresión verbal correspondiente, que resulta así sustituida por el sistema que de este modo, “cuando parece representar plásticamente una palabra, restablece regularmente sólo su antiguo sentido” (Freud, 1908b, pág. 960).

A estas consideraciones podemos agregar que cuando la representación de un órgano es escogida para recibir *una determinada* transferencia, como ocurre en la hipocondría, o más aún cuando el proceso *se manifiesta en forma de una alteración corporal*, como es el caso de las llamadas orgañoneurosis, tal representación del órgano constituye un símbolo universal *de esas fantasías inconcientes*. Freud, en “Lo inconsciente”, se ocupa de describir lo que denomina el “lenguaje de los órganos”, o “lenguaje hipocondríaco”, y afirma que en estos casos “la relación del contenido con un órgano del soma llega a arrogarse la representación de tal contenido en su totalidad” (Freud, 1915e).

No cabe duda de que esta “relación del contenido con un órgano de soma” va más allá del ámbito de la mera asociación entre las representaciones preconcientes, lo que constituye el tema que Freud continúa desarrollando, a partir de la frase que mencionamos. Es un desarrollo de acuerdo con las ideas contenidas en los párrafos del historial que citamos anteriormente.

En la misma obra de Freud encontramos los fundamentos que nos permiten afirmar que precisamente aquellas fantasías inconcientes preferentemente simbolizadas por determinados órganos (como por ejemplo las fantasías que llamamos orales por utilizar como símbolos de las mismas el órgano boca) son aquellas cuyas fuentes somáticas se hayan constituidas predominantemente por tal órgano (en este caso la boca). Esto es válido también para los órganos internos y además para los procesos orgánicos, ya que, de acuerdo con las propias palabras de Freud, “...todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación del instinto sexual” (Freud, 1924c, pág. 1025).

Este componente es propio o específico del órgano considerado en la medida en que la carga y su correspondiente representación (idea), emanadas ambas del órgano fuente, continúan ligadas en lo que llamamos fantasía inconciente. Tomando como ejemplo el estómago, diremos que, aunque puede ser erotizado con la libido proveniente de la zona erógena oral, siempre participa con una componente propia emanada de su propio funcionamiento, en los procesos que se manifiestan como una alteración gástrica o adquieren una representación simbólica a través del estómago. De este

modo interpretamos el concepto de oral-digestivo postulado por Garma (1954). Por las razones apuntadas por Freud (1915c) podemos afirmar que, muchas veces, del examen de los fines del instinto pueden ser deducidas las diferentes fuentes orgánicas de las cuales esos instintos emanan.

En la primera parte de este trabajo sustentamos que los fenómenos somáticos se manifiestan cada vez que un modo particular de la atención registra en la conciencia del observador una alteración de la materia o energía, en tanto que los fenómenos psíquicos se manifiestan cada vez que un observador obtiene una respuesta con respecto al sentido o significado de ese mismo fenómeno.

Volvamos ahora, al ocuparnos del lenguaje y más aún del lenguaje del órgano, a la misma cuestión desde un nuevo ángulo, lo que completa las consideraciones anteriores.

Quince meses después de haber interrumpido el tratamiento, Dora visita a Freud. Padece de un dolor en la cara que la atormenta día y noche. Freud descubre (siguiendo la inspiración de una ocurrencia) que este dolor ha comenzado en ocasión de haber leído Dora en los periódicos acerca de él. Interpreta que la supuesta neuralgia facial corresponde al autocastigo, al remordimiento por la bofetada propinada a K, y por transferencia sobre Freud de los sentimientos de venganza.

La localización del dolor orienta la interpretación hacia la bofetada, su momento de aparición hacia la relación con Freud. Vemos que el dolor que Dora interpreta como el efecto de una causa somática pasa a ser interpretado por Freud como un elemento que corresponde a una fantasía inconciente. Esta última completa una serie conciente interrumpida, configurando de este modo un nuevo conjunto, dotado de un significado más rico.

Puede discutirse el carácter somático de este dolor que Dora ubica en una región de su cuerpo y que queda atribuido a “una supuesta neuralgia” facial. Sin embargo, esta objeción carece de importancia para los fines que nos proponemos, ya que Freud interpreta de una manera semejante distintos fenómenos clínicos que se manifiestan en la histeria como una indudable alteración somática.

La actividad psicoanalítica, al interpretar el material constituido por alteraciones somáticas, síntomas, gestos o sonidos vocales, encuentra en cada uno de ellos aquello que denominamos metafóricamente un “contenido” psíquico. Expresándolo en términos más rigurosos: cada uno de estos fenómenos adquiere, mediante la interpretación, un significado que permite categorizarlo como una forma de lenguaje.

El estudio del significado es el problema clave de la lingüística; constituye además, en opinión de algunos filósofos (Christensen, 1968),

el problema fundamental que se ha planteado a este siglo. Se trata de comprender qué clase de cosas son los significados, cuál es su naturaleza. Este problema puede ser abordado desde diversos ángulos. En “El significado de la enfermedad” (Chiozza, 1971a) hemos intentado abordarlo desde un terreno que posee sus propios derechos: la experiencia psicoanalítica. Dijimos entonces que la vivencia que acompaña al acto de significar constituye “lo” significado en el objeto que ha recibido y *perpetúa* el signo o señal.

Señalemos ahora que si la vivencia que solemos denominar “significado” acompaña al acto de significar, la relación entre el signo que la “posee” y su significado no puede ser arbitraria, no puede ser el producto de una “convención” independiente y posterior, por la sencilla razón de que ambos forman parte de un mismo acontecimiento biológico, constituyen dos manifestaciones de un mismo fenómeno. Las palabras que Freud escribió en el historial de Isabel de R. y que citamos anteriormente enriquecen estas consideraciones.

Debemos traducir ahora la palabra “vivencia” en los términos de la metapsicología que venimos utilizando. La palabra “sentido”, utilizada como sinónimo de la acepción habitual del término “significado” (lo mismo ocurre con el francés *sens*), nos remite al mismo tiempo a un grupo de fenómenos en los cuales se conjugan la percepción y el sentimiento. “Sentido” es “significado”, pero también es lo que llega a través de órganos como la vista, el tacto o el oído. “Sentido” es además “lo que siento” y, por último y no menos importante, es una dirección hacia la cual me encamino.

Recorriendo atentamente esta línea de pensamiento, parece indudable que la naturaleza primaria del significado debe ser encontrada en los procesos de descarga que constituyen una serie complementaria entre la acción y el afecto.

Cuando frente al material constituido por una alteración somática, un síntoma, un gesto o un sonido vocal, nuestra interpretación, mediante la atribución de un significado, descubre el signo de un lenguaje, cabe preguntarse *quién* ha trazado ese signo. ¿Es el ejercicio mismo de nuestra actividad interpretativa el que atribuye al fenómeno considerado, mediante un artificio, la cualidad de signo? ¿O, por lo contrario, la existencia misma de ese fenómeno que puede ser comprendido es la evidencia de una *intención de significar* que pertenece al organismo del cual emana el fenómeno?

Esta cuestión, así planteada, coincide con la antigua e insoluble pregunta acerca de cuáles son las pruebas de la existencia de la conciencia en el otro, con la cual Freud defiende su posición frente a quienes dudan

acerca de la existencia de lo psíquico inconciente. Sin embargo, cuando nuestra investigación psicoanalítica se dirige hacia el estudio de los más diversos procesos orgánicos en la búsqueda del lenguaje de los órganos, esta cuestión recobra parte de su urgencia.

Podemos ensayar aquí dos respuestas. Desde el punto de vista genético, podemos concebir el origen de la intención de significar en la experiencia que se constituye cuando la descarga primaria del afecto conduce por vía de la asistencia ajena a la satisfacción de la necesidad, condicionando de este modo el nacimiento de un proceso de comunicación que configura una acción eficaz y específica indirecta. Nos encontramos entonces con que junto a los dos modos primarios de la experiencia, constituidos por la experiencia de satisfacción y la experiencia dolorosa, existe un tercero que también deja huellas: la experiencia de comunicación, que nos coloca frente a la noticia de la existencia del “otro”.

Desde el punto de vista metodológico, podemos afirmar la existencia de un lenguaje en el fenómeno que se manifiesta como una alteración somática, cuando la interpretación que descubre un sentido conduce hacia un cambio igualmente interpretable que permite la instalación de un “diálogo” que restablece una continuidad interrumpida en el terreno de la conciencia.

Durante la realización de este trabajo procuramos comprender el conjunto de transformaciones que ocurren en la conciencia entre las nociones de cuerpo, afecto y lenguaje. Junto a los componentes de la acción que constituyen la conducta, cuerpo, afecto y lenguaje configuran las categorías imprescindibles para poder comprender la *continuidad* de los fenómenos que ocurren en el campo de la transferencia-contratransferencia, durante el proceso psicoanalítico.

### Resumen

*Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 9, N° 243, San Pablo, 1975, págs. 255-256.

En este trabajo se intenta comprender desde el punto de vista metapsicológico el conjunto de transformaciones que ocurren en la conciencia entre las nociones de cuerpo, afecto y lenguaje. Junto con los componentes de acción que constituyen la conducta, cuerpo, afecto y lenguaje configuran las categorías imprescindibles

para abarcar la continuidad de los fenómenos que ocurren durante el proceso psicoanalítico.

A partir de la obra de Freud se repasan los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica sobre los fenómenos somáticos y los afectos. En la última parte, mediante el estudio del llamado “lenguaje de los órganos”, se intenta traer algunos elementos de la teoría que nos conducen a la comprensión de los caminos del afecto al significado y del significado al afecto.

---

# **LA ENFERMEDAD DE LOS AFECTOS**

---

(1975)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1975c) “La enfermedad de los afectos”.**

## Ediciones en castellano

*VII Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83.

*Eidon*, N° 5, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 69-75 (incluye un resumen).

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 139-145.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 245-253.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-234.

## Traducción al italiano

“La malattia degli affetti”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 208-218.

Una versión modificada de este artículo se publicó con el título “La deformación de los afectos y su resignificación mediante la interpretación psicoanalítica” (Chiozza, 1977a [1975]).

## La parte “patosomática” de la personalidad

Freud se hace solidario de la afirmación de Stricker: “Cuando soñamos con ladrones y sentimos miedo, los ladrones son imaginarios, pero el miedo es real” (Freud, 1900a [1899], pág. 484). Tanto en la construcción de un delirio en el cual los ladrones son imaginarios, como en el desplazamiento neurótico por obra del cual los ladrones reciben un afecto injustificado, el miedo primitivo sigue siendo real.

Pero ¿qué significa “real” en este caso? Si el afecto aparece ligado a una deformación delirante de la realidad o se describe como un sentimiento injustificado frente a la representación sustitutiva, la calificación de real que se le aplica sólo puede aludir a una cualidad intrínseca del mismo. En efecto, el miedo constituye, en sí mismo, una emoción coherente que formó parte alguna vez de un suceso motor justificado (Freud, 1926d [1925], 1950a [1887-1902]) y que actualmente, como proceso de descarga, se realiza de una manera efectiva.

Parafraseando una conocida expresión de Freud, diremos que es necesario perseguir por separado los destinos que la neurosis, la psicosis y la enfermedad somática imponen al afecto. Diferenciamos entre sí a las neurosis y las psicosis no sólo por sus manifestaciones psíquicas distintas, sino porque, y ante todo, psicoanalíticamente comprendidas se revelan como maneras específicas y diferentes del enfermar.

Del mismo modo es necesario que nos preguntemos, como psicoanalistas, y desde nuestro terreno de investigación, qué significa la enfermedad somática, cualquier enfermedad somática. Debemos tener en cuenta para esto que, junto a la existencia de una parte neurótica y una parte psicótica de la personalidad, *existe siempre una parte de la personalidad que llamaremos patosomática*, no tanto porque se manifieste groseramente a la

percepción sensorial como una alteración material o funcional de los órganos, lo cual le da su nombre, sino porque constituye *una manera específica del enfermar psicoanalíticamente comprensible*.

## **El afecto como histeria universal y congénita. Su deformación en la organoneurosis**

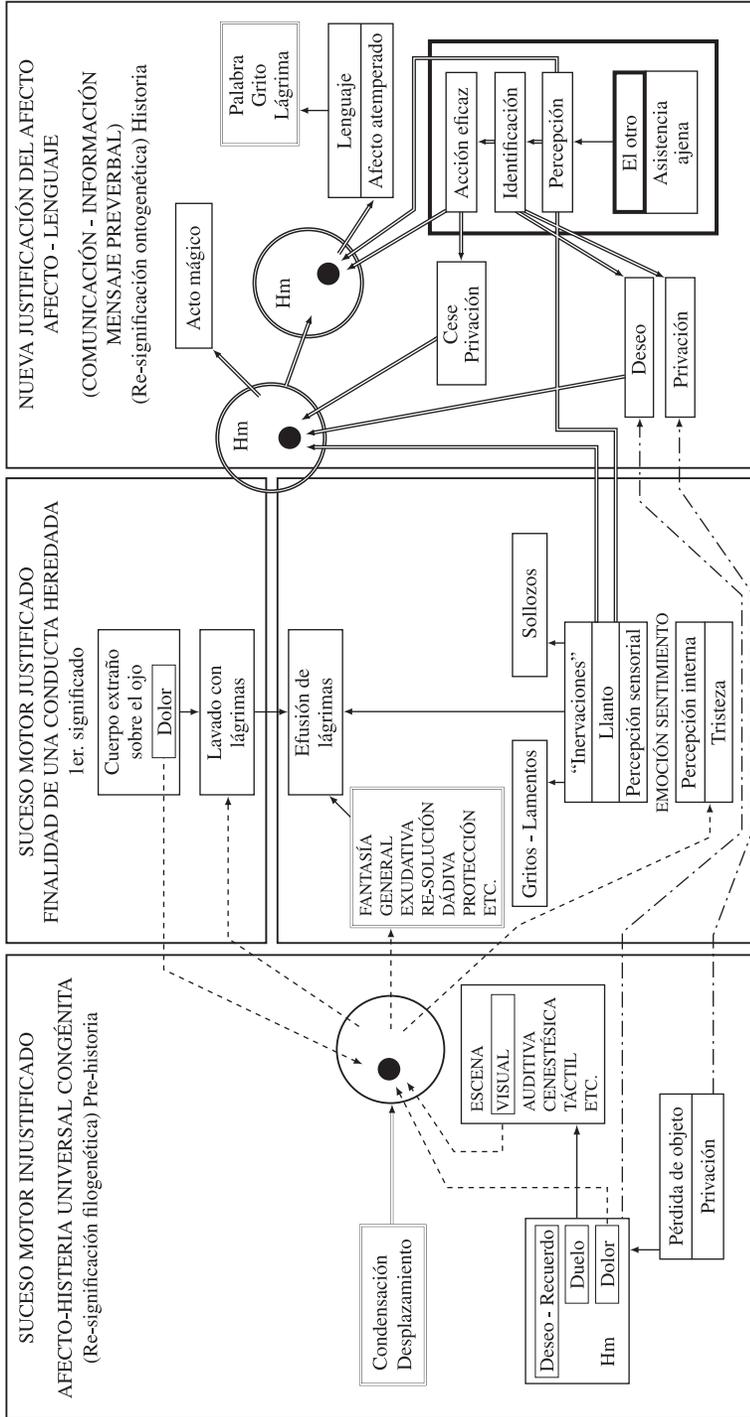
Freud sostenía que los afectos pueden ser equiparados con ataques histéricos universales y congénitos que “contienen”<sup>47</sup>, como herencia arcaica, la repetición inconciente de un suceso prehistórico, supuestamente filogenético (Freud, 1926*d* [1925], 1933*a* [1932]). Freud, como es natural, no creía posible obtener la emergencia del suceso prehistórico bajo la forma de un recuerdo; como no creía posible analizar el contenido de los símbolos universales basándose solamente en las asociaciones del paciente (Freud, 1900*a* [1899]; N. Canteros, 1975). Creía en cambio en la posibilidad de su reconstrucción a través de la comprensión del sentido de los afectos que constituyen las emociones básicas del ser humano, como partes de conductas arcaicas que responden a finalidades del yo universales y congénitas.

No podemos retomar ahora las numerosas citas que testimonian acerca de estas ideas de Freud (1916-1917 [1915-1917], 1918*b* [1914], 1923*b*, 1939*a* [1934-1938]; Mauas, 1975), pero debemos recordar que es desde este punto de vista que retomará en 1926 el problema de la angustia para afirmar (Freud, 1926*d* [1925]) que esta última *constituye un afecto* que “contiene” la historia del trauma de nacimiento de la misma manera que el síntoma histérico contiene la historia de un suceso traumático infantil. Si, como expresa Freud en 1909 (Strachey, 1964; Mauas, 1975), el afecto es una reminiscencia, ésta no puede sin embargo ser recordada como lo son los sucesos infantiles posteriores al desarrollo individual del lenguaje verbal, que marcan el límite entre prehistoria e historia.

La identidad fundamental existente, en cuanto a su estructura constitutiva, entre histeria y emoción, *nos permite comprender las llamadas organoneurosis como conversiones histéricas que afectan a las inervaciones vegetativas*. Nada habría que objetar al concepto tradicional de organoneurosis si no fuera porque en ese camino la teoría ha perdido la *conexión específica* del trastorno particular con una determinada emoción primaria *deformada* que representa o alude (simbólica y específicamente) a la persistencia de una conducta arcaica, determinada por un suceso filogenético particular.

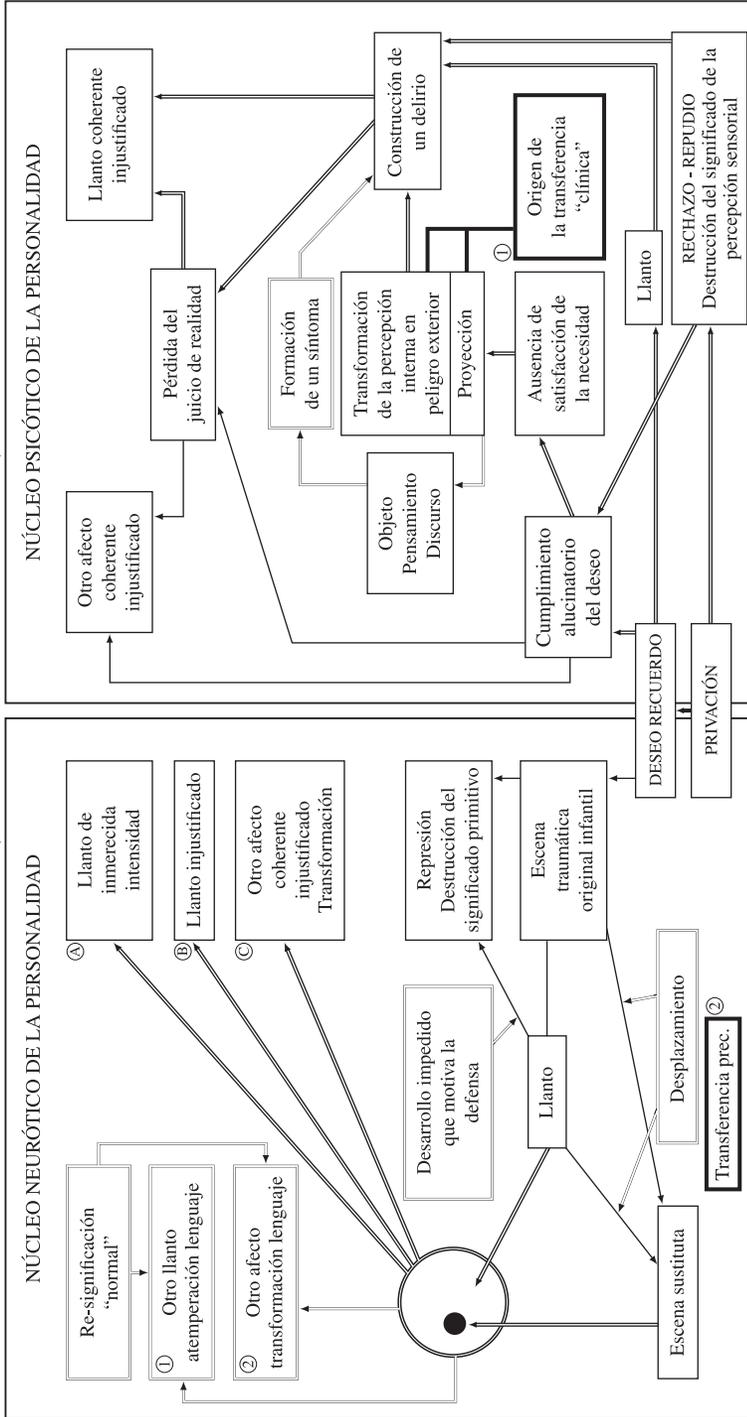
<sup>47</sup> Acerca del sentido metafórico de la palabra “contenido” usada en este lugar, véase “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I] (Chiozza, 1975*b*).

PSICOFISIOLOGÍA DEL AFECTO LLANTO (su fantasía específica lagrimal)



Este esquema reproduce la constitución normal de un afecto como "ataque histérico universal y congénito" a partir de un suceso motor justificado como finalidad de una conducta heredada que ha pasado a constituir (de ahí la comparación con la histeria) un suceso motor injustificado mediante una re-significación filogenética y por lo tanto prehistórica. Se expone también en el mismo esquema cómo el afecto se constituye en la matriz del lenguaje mediante la re-significación ontogenética (histórica) que implica una nueva justificación del suceso motor afectivo.

PATOLOGÍA DEL LLANTO I (se mantiene la coherencia del afecto)



Este esquema muestra cómo en las partes neuróticas y psicóticas de la personalidad se mantiene la coherencia del afecto que permanece configurado como tal y, en última instancia, reconocible, a través de todas las vicisitudes de la represión o de la pérdida del juicio de realidad.

Esta relación muchas veces se halla conservada, como señalaba Freud, en los usos del lenguaje. Precisamente correlaciona tales histerias “vegetativas” con la expresión primitiva de las emociones (Freud, 1905e [1901], 1908b, 1950a [1895]\*). Durante el proceso de atemperación de los afectos (íntimamente vinculado con su función en el lenguaje), los productos del acontecer filogenético son continuamente resignificados en el transcurso de la historia individual, recorriendo una secuencia que conduce desde la emoción a la palabra pasando por el campo intermediario del gesto (Chiozza, 1975a [1974]).

### **La destrucción “patosomática” de la coherencia del afecto. Su re-significación mediante la interpretación psicoanalítica**

Volviendo ahora sobre nuestra pregunta anterior, diremos que en la neurosis, para impedir el desarrollo de un afecto penoso, se destruye la ligadura coherente del afecto primitivo con la idea frente a la cual dicho afecto fue vivenciado al ocurrir el trauma. Lo que aquí se destruye es el significado de una experiencia particular que pertenece a la historia personal del sujeto. Se trata de un suceso traumático ubicado en la infancia. En la psicosis, la destrucción alcanza al conocimiento de la realidad exterior mediante una alteración del juicio que denominamos “locura”.

En la enfermedad somática (mejor sería decir en la parte patosomática de la personalidad) se destruye la coherencia del afecto. El afecto desaparece como tal para descomponerse en sus diferentes “inervaciones” constitutivas que, como otras tantas funciones, se derivan entre sí las magnitudes de la carga.

La enfermedad que “clásicamente” reconocemos como histeria constituye un campo intermedio entre la neurosis y la enfermedad somática. Si bien en ella ocurre una descomposición “patosomática” de la coherencia del afecto, los remanentes o equivalentes afectivos resultantes derivan de un suceso que perteneció a la infancia individual y constituye, por lo tanto, una “mímica” expresiva que conserva suficiente proximidad con la conciencia como para poder recuperar su coherencia, a través del recuerdo, como parte de un acto originalmente justificado (Freud, 1909a [1908]).

Si sostenemos, por comparación con la psicosis, que *la enfermedad somática es la locura del afecto*, la interpretación deberá restablecer la coherencia primitiva mediante la capacidad de reconocer los distintos componentes como partes de un conjunto significativo que constituye una fantasía específica (Chiozza, 1975a [1974], 1975b) en los términos de un deseo o de la finalidad de una conducta.



Pero la interpretación de un afecto que ha perdido su coherencia más allá de lo que habitualmente conocemos como histeria, exige una labor particular en el proceso de hacer conciente lo inconciente, que trasciende la tarea de llenar las lagunas mnémicas que corresponden a la infancia individual.

Veamos, por ejemplo, lo que sucede con el llanto, del cual nos ocupamos detalladamente en “Una idea de la lágrima” (Chiozza y colab., 1970p [1968]). El estudio etimológico de la palabra “llorar” y sus equivalentes demuestra que el llanto, como proceso de descarga, como acontecimiento emotivo, puede ser considerado un afecto. Como ocurre con cualquiera de los afectos, el llanto se registra bajo la forma de sensaciones interiores cuya percepción por la conciencia no depende de las huellas mnémicas verbales (Freud, 1923b) y ofrece al mismo tiempo la característica de poder ser “objetivado” mediante los órganos de los sentidos (Chiozza, 1975a [1974]).

Para describir las sensaciones interiores que constituyen el proceso del llanto sería necesario disponer de la riqueza verbal propia del poeta. Para los fines que nos ocupan nos bastará con suponer que podemos resumirlas esquemáticamente y representarlas con la palabra “tristeza”, que alude a uno de sus sentimientos más característicos.

Los aspectos del llanto que se perciben mediante los órganos de los sentidos pueden resumirse en tres clases de sucesos o funciones, ordenados en una secuencia creciente de especificidad: los gritos o lamentos que surgen de los órganos de la fonación, el sollozo que se constituye como un episodio muscular convulsivo, fundamentalmente diafragmático y asociado a las funciones de los órganos que intervienen en la respiración, y la efusión de lágrimas, su fenómeno más característico.

Las tres funciones mencionadas constituyen las diferentes “inervaciones” que en su conjunto integran el afecto “llanto”, configurando de este modo un ejemplo de los planos de clivaje a través de los cuales los afectos se descomponen en la enfermedad somática, *tornándose de este modo irreconocibles*.

Tal como lo planteamos en “Una idea de la lágrima” (Chiozza y colab., 1970p [1968]), la efusión de lágrimas *representa* el intento de borrar los recuerdos traumáticos que adquieren una viva reproducción visual (Freud, 1950a [1887-1902]) y que, debido a la persistencia de una conducta arcaica (actualmente injustificada), son tratados como si fueran cuerpos extraños que se han depositado sobre la superficie externa del ojo. Suele ocurrir además que una de las funciones que integran el llanto se arrogue la representación del conjunto mediante el recurso de atraer sobre sí la derivación total de la carga que correspondía al afecto original, que resulta de este modo *deformado*. Señalemos solamente a manera de ejemplo la posibilidad, ampliamente reconocida en diversas investigaciones (Chiozza

y colab., 1970p [1968]), de comprender las enfermedades catarrales de distintos órganos como otros tantos *llantos vicariantes* que simbolizan, en la elección del órgano, el contenido de la vivencia particular frente a la cual se llora. Finalizaremos este punto recordando las siguientes palabras de Weizsaecker: “Es una idea atractiva el que la función fisiológica escueta no se comporte de otro modo que como lo hace el hombre bien comprendido psicológicamente” (Weizsaecker, 1946-1947, pág. 125)<sup>48</sup>.

## Resumen

*Eidon*, N° 5, CIMP-Paidós, Buenos Aires, págs. 74-75.

Partiendo de la idea freudiana acerca de que el afecto se constituye a la manera de un ataque histérico universal y congénito, se estudia la relación existente entre el afecto y los modos del enfermar psicoanalíticamente comprensibles. Se plantea la tesis de que junto a los núcleos neurótico y psicótico de la personalidad existe un núcleo que podemos denominar patosomático, no tanto por el aspecto de la patología en la cual interviene, sino por el mecanismo particular mediante el cual esta patología se constituye.

Se sostiene que, así como en la configuración neurótica o psicótica el afecto se conserva estructurado de la manera coherente que nos permite reconocerlo como tal, en la parte patosomática de la personalidad el afecto resulta descompuesto a través de alguno de los planos de clivaje que forman parte de su constitución y pierde su apariencia para adquirir aquella otra que denominamos proceso somático.

A partir de la relación existente entre afecto y lenguaje surge una introducción a la interpretación psicoanalítica de los fenómenos somáticos. Los aspectos señalados son ejemplificados mediante el llanto, la efusión de lágrimas que forma una parte del mismo y diversos procesos somáticos que pueden ser interpretados como otros tantos llantos vicariantes inconcientes.

<sup>48</sup> En el apéndice del artículo “Corazón, hígado y cerebro. Introducción esquemática a la comprensión de un trilema” (Chiozza, 1980f) realizamos otras consideraciones que enriquecen estas ideas.

---

# **LOS AFECTOS INCONCIENTES**

---

(1975)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1975*d*) “Los afectos inconcientes” [I].**

## Ediciones en castellano

Se publicó con el título “Nota editorial” en:

*Eidon*, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 7-13.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Este artículo se publicó con el título “Los afectos inconcientes” [II] (Chiozza, 1997*e* [1975-1976]), con el agregado de un apéndice titulado “La transformación del afecto en lenguaje”, que corresponde al segundo apartado de “Cuerpo, afecto y lenguaje” (Chiozza, 1975*a* [1974]).

Una versión reducida del artículo se publicó como apartado segundo de “La interpretación del material” [III] (Chiozza, 1998*i* [1974-1975]).

Muchas veces, frente a un acto fallido, un síntoma somático o una conducta determinada, solemos decir que corresponde a un contenido inconciente, como si la conducta, el acto o el síntoma contuvieran dentro de sí una idea o un sentimiento inconcientes. Fatalmente llega un momento en que uno se pregunta qué significa esto en realidad.

Recuerdo un ejemplo con el cual Bleger (1969), en su *Psicología de la conducta*, se acerca a la problemática que deseamos desarrollar. Una madre tiene en sus brazos a su hijo y juega con él; de pronto lo deja, levanta a su otro hijo y comienza a amamantarlo. El primero toma un vaso de la mesa y lo rompe; un psicólogo observa entonces que este hijo tiene celos. La primera alternativa consiste en afirmar que el acto de romper el vaso es una consecuencia de los celos que, como contenido inconciente, residen en algún lugar del sujeto. La segunda alternativa es considerar que la actuación no es la consecuencia de los celos, sino que, en este caso, el acto mismo de romper el vaso constituye una forma especial de vivenciar los celos, una transformación particular de los mismos. De acuerdo con las tesis de Bleger, el acto más el contexto en el cual fue realizado nos permiten adjudicar un significado a la conducta.

Sin embargo, si nos decidimos por esta segunda alternativa, cabe entonces preguntarse qué significa lo inconciente, ya que lo inconciente, así considerado, se ha quedado aparentemente sin un lugar en donde ubicar su existencia.

La teoría psicoanalítica de los afectos<sup>49</sup>, tal como ha sido formulada por Freud, acude en nuestra ayuda. En “Lo inconsciente” (Freud, 1915e)

---

<sup>49</sup> Véase “Cuerpo, afecto y lenguaje” (Chiozza, 1975a [1974]) en el presente tomo.

leemos que no existen, si queremos hablar con propiedad, sentimientos inconcientes en un sentido análogo al que usamos cuando nos referimos a las ideas inconcientes. Mientras que las ideas inconcientes son actuales, de acuerdo con Freud, los sentimientos inconcientes son disposiciones potenciales. Estas disposiciones al desarrollo de determinados afectos sólo se convierten en afectos actuales cuando se realizan como procesos de descarga. La forma de esta descarga, aquello que determina la cualidad particular de cada afecto –su clave de inervación, para usar la expresión de Freud (1900a [1899])–, es precisamente la idea inconciente.

De manera que la idea inconciente, que existe como actualidad, es al mismo tiempo una disposición potencial, latente, inconciente, al desarrollo de afecto, y este afecto se convierte en actual cuando, mediante la carga de la idea por un montante de excitación o *quantum* de afecto, se realiza como proceso de descarga y se hace perceptible por la conciencia bajo la forma de un sentimiento.

Insistamos una vez más en este punto tan fundamental. Cuando decimos que el afecto se halla en lo inconciente como disposición y la idea como actualidad, queremos decir precisamente que la disposición inconciente al afecto es otra cosa distinta del afecto. Del mismo modo que en la actualidad de la semilla se halla la disposición a la futura planta, la cualidad de un afecto particular y futuro es, como actualidad, una idea inconciente. Cuando esta idea inconciente recibe un montante de carga o *quantum* de afecto, se inicia un proceso de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas por la conciencia como sentimientos. Freud señala que el proceso de descarga que constituye un afecto puede ser percibido en la conciencia sin la intervención de las ideas preconcientes. Sin embargo, estas últimas nos permiten categorizarlos y reconocerlos como distintos sentimientos, mediante la adjudicación de la palabra que denomina a cada uno de ellos. Las ideas inconcientes que determinan la cualidad de los afectos pueden además adquirir conciencia bajo la forma de ideas construidas mediante recuerdos de palabras o imágenes visuales preconcientes, o también exteriorizarse en un acto.

Pero, si admitimos que la idea inconciente existe como actualidad, cabe preguntarse nuevamente: ¿en dónde reside?, ¿cuál es el lugar de lo inconciente? Una respuesta freudiana consiste en afirmar que lo inconciente, del mismo modo que la conciencia, ocupa un espacio virtual. El síntoma somático, la conducta, o el acto, en cambio, se desarrollan por lo general en un espacio real, perceptible, ya que nuestro modo de percibir el espacio depende de nuestra capacidad de percibir a la materia evolucionando en el tiempo. Cuando Freud define lo que considera la primera hipótesis fundamental del psicoanálisis, señala la existencia de un aparato psíquico extenso, pero el

lugar que ocupa este aparato psíquico extenso es sin duda alguna un espacio virtual. Mientras que en el caso concreto de nuestra conciencia adjudicamos un espacio virtual a una realidad no material que somos capaces de percibir, en el caso de lo inconciente nos vemos forzados a imaginar un espacio virtual para una realidad que sólo podemos suponer a través de la existencia de determinados efectos. Sin embargo, lo mismo ocurre con aquella realidad a la cual la física denomina “electrón”, sin que esta circunstancia nos conduzca por lo general a dudar de su existencia (tal como no dudamos de la existencia de la conciencia ajena, a la cual tampoco podemos percibir).

Freud sostuvo repetidamente que espacio y tiempo son dos categorías que dependen del modo de funcionar de nuestro sistema-conciencia y que el inconciente, por lo tanto, se halla fuera del tiempo. ¿Cómo podemos entonces comprender sus propias afirmaciones acerca del carácter actual o potencial de una idea o un afecto inconciente? Actualidad y potencialidad son conceptos temporales, aplicados en este caso, y por el mismo Freud, al sistema inconciente.

El verbo, como paradigma de la palabra que pertenece al sistema conciente, se desarrolla esquemáticamente en tres tiempos: pasado, presente y futuro. Cuando Freud aludía al carácter atemporal del inconciente, deseaba seguramente subrayar que el inconciente carece de esta distinción. Pero nosotros, cuando desde nuestra conciencia hablamos del inconciente, no carecemos de una tal distinción. Decimos entonces que en el inconciente se acumulan, con carácter actual (en el sentido de presente y acto, pero también de permanencia), las ideas o configuraciones estructurales que en su conjunto establecen a un individuo en la totalidad de su forma y de la transformación que constituye su vida completa, pasada, presente y futura. En ese sentido, estas ideas inconcientes, que Freud denominaba eficaces, son al mismo tiempo estructuras afectivas potenciales en la medida en que son capaces de exteriorizarse en una “inervación” que denominamos afecto y que ocupará, en este último caso, un “lugar” en el tiempo conciente del sujeto que lo experimenta.

Volvamos ahora al ejemplo de Bleger. Solemos denominar contenido latente a los celos que suponemos determinando, en ese contexto, el acto de romper el vaso. Solemos pensar que estos celos son inconcientes y que continúan existiendo como tales, reprimidos, detrás del contenido manifiesto o en algún otro lugar. Sin embargo, no parece ser esto lo que pensaba Freud.

Los celos, como sentimiento, se configuran como una multitud de procesos que en su conjunto constituyen un “conmoción vegetativa” que precisamente configura la particular emoción que aprendimos a denominar de esa manera. Justamente ha ocurrido una represión para impedir ese desarrollo, específico, de tal afecto. La idea inconciente, que continúa siendo

actual, y que constituye en sí misma una disposición a los celos, ha exteriorizado su eficacia a través de una conducta, de un acto o de un síntoma somático. Es nuestra interpretación la que asevera, a partir de ese fenómeno, del contexto y de nuestro propio inconciente, que una conducta semejante en esa situación constituye una transformación de los celos. Para decirlo con mayor exactitud, constituye el efecto de una idea inconciente que hubiera podido en otras condiciones exteriorizarse como celos.

Si repasamos atentamente cuanto llevamos dicho hasta aquí, comprobamos de pronto que hemos desembocado en una cuestión fundamental. Junto con la conducta, el acto o el síntoma somático manifiestos, con sus afectos e ideas concientes concomitantes, lo único que en lo inconciente suponemos actual es la idea inconciente que permanece incognoscible. El llamado contenido latente, los celos, no existe en realidad como tal en el paciente. Los celos constituyen la adjudicación de un nombre más o menos adecuado, otorgado por el observador o el intérprete, a un sentimiento potencial que suponemos hubiera podido llegar a desarrollarse en lugar del acto, pero que no ocurrió en el paciente sino tan sólo en el médico.

Hace ya algunos años nos ocupamos, con los doctores Laborde, Obstfeld y Pantolini (Chiozza y colab., 1966*e*), de realizar un enfoque similar acerca del contenido latente, en un trabajo en donde estudiamos prolijamente, desde un punto de vista metapsicológico, el origen de la interpretación a partir de la atención flotante, en el contexto del proceso transferencial-contratransferencial durante el tratamiento psicoanalítico.

Hoy debemos volver a la misma cuestión desde otro ángulo que nos interesa subrayar. La teoría psicoanalítica de los afectos nos ofrece la ventaja de un aparato conceptual dentro del cual desaparece la tradicional alternativa entre psiquis y soma.

De acuerdo con los desarrollos anteriores, el síntoma somático, “trazado” en la materia, no es el continente de un contenido latente coexistente, sino que puede ser comprendido por el observador capacitado como un desarrollo equivalente a un determinado afecto o idea conciente que hubiera podido llegar a constituirse en su lugar. Este afecto o idea no existe actualmente en la conciencia del paciente ni en ningún otro lugar excepto la conciencia del observador.

Ya no se trata entonces de comprender cómo lo psíquico se transforma en somático o viceversa, sino que un determinado fenómeno somático adquiere un significado. Es decir que se hace psicológicamente comprensible en la conciencia de un observador. Este observador que capta un significado “psicológico” experimenta un estado de ánimo que también puede ser descripto u observado como somático.

Si el significado obtenido por la interpretación, es decir lo que solemos llamar “el contenido latente”, pasara a sustituir en el enfermo al síntoma llamado somático, o se hubiera desarrollado espontáneamente en lugar de constituirse ese síntoma, el conjunto del fenómeno ocurrido podría ser descripto como psíquico o somático según cuál fuera nuestro modo de abordarlo y nuestra capacidad para percibirlo o comprenderlo.

Ya que hemos sostenido que el carácter de psíquico o somático no depende esencialmente de la categoría intrínseca del fenómeno, sino del modo de abordarlo, percibirlo o comprenderlo, debemos sostener ahora que diferentes formas, funciones, desarrollos o trastornos corporales pueden ser comprendidos como la exteriorización de diferentes ideas o fantasías inconcientes, “claves de inervación” para las cuales los conceptos de psíquico o somático son impertinentes. Cada uno de los fenómenos que denominamos somáticos “posee”, más allá de cuál sea nuestra actual capacidad para descubrirlo o expresarlo en términos verbales, un significado específico, en el sentido de que ha ocurrido “en lugar” de un afecto y una idea conciente particular que hubieran podido ser el desarrollo equivalente de aquella idea inconciente que constituye la clave de inervación propia de ese fenómeno considerado.

Es obvio que nuestra capacidad para comprender el significado inconciente de los actos, la conducta o los síntomas, depende, como en el caso de cualquier otro tipo de lenguaje, de la existencia de un sentido unívoco con respecto a determinadas “unidades” o estructuras significativas, aunque las posibilidades de combinación de estas unidades, prácticamente ilimitadas, nos enfrenten con posibilidades de expresión igualmente ilimitadas. Así, cuando habitualmente decimos (como es el caso del ejemplo mencionado) que los celos son el contenido latente, queremos decir “celos” y no “miedo”. Justamente de la diferencia entre uno y otro depende el éxito de nuestra interpretación. Cuando en lugar de una conducta se trata de un síntoma somático, es igualmente importante comprender lo más exactamente posible cuál es su “desarrollo equivalente”. No me refiero aquí a uno cualquiera de los desarrollos posibles, sino a aquel otro, genérico, formado por afectos, ideas o actos primarios, que, como es el caso, por ejemplo, de los celos, constituye una de las experiencias básicas que nos mancomunan como seres humanos.

Antes del descubrimiento de Freud la histeria se expresaba en un lenguaje corporal arcano e incomprensible. Desde esa época hasta nuestros días cada vez es mayor el número de las enfermedades que podemos comprender en el lenguaje del deseo y sus vicisitudes. Es posible suponer por lo tanto que aquellos fenómenos somáticos que hoy se consideran como transformaciones inexpresivas constituyan en cambio una evidencia de nuestra insuficiencia para comprender su lenguaje.



---

# **EL PSICOANÁLISIS Y LA MEDICINA**

---

(1976 [1975])

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1976f [1975]) “El psicoanálisis y la medicina”.**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 17-21.

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 37-42.

L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 13-20.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 25-31.

L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 13-18.

## Traducción al italiano

“La psicoanalisi e la medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 50-55.

Con el mismo título, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 17-24.

El contenido de este artículo corresponde a la conferencia de inauguración del Encuentro Argentino-Brasileño sobre el tema “Contribuciones psicoanalíticas a la medicina psicosomática”, presidido por el autor y realizado en Buenos Aires en mayo de 1975. Han sido omitidos solamente algunos párrafos alusivos a la ocasión concreta del Encuentro.

Las ediciones de 1995 en adelante incluyen gráficos.

Freud inauguró el Segundo Congreso Psicoanalítico Privado, que se realizó en Nuremberg en 1910, con un discurso que se publicó luego con el nombre de “El porvenir de la terapia psicoanalítica” (Freud, 1910*d*). Han pasado ya, desde entonces, más de sesenta años<sup>50</sup> y las palabras de Freud, proféticas, han vuelto a ser actuales en un sentido nuevo que me propongo retomar aquí. Es imprescindible sin embargo que realice previamente un pequeño rodeo, necesario a los fines de situar la medicina psicosomática en su relación con el psicoanálisis.

El psicoanálisis nació como un procedimiento terapéutico durante el ejercicio de una actividad médica: el tratamiento de la histeria. Es un hecho indudable que la *patología*, como ciencia que nos proporciona un conocimiento teóricamente sistematizado de la enfermedad, sólo pudo ser psicosomática a partir de entonces, y que esta última patología nació por lo tanto junto con el psicoanálisis y su posibilidad de interpretar los síntomas histéricos.

Hoy, sesenta años después, apenas resulta posible comprender la profunda subversión del pensamiento médico que significó en su época. No tanto porque se descubriera en ese acto el fenómeno de la conversión, la existencia de lo inconciente o la índole sexual de los conflictos, conceptos estos que habrían de revolucionar la medicina, sino porque el descubrimiento de tales fenómenos pudo realizarse gracias a una *actitud* de Freud, quien, con la audacia que caracteriza al genio, se atrevió a *leer* en las trans-

---

<sup>50</sup> {En las ediciones de 1998 y 1999 de este artículo se habían actualizado las referencias temporales y decía aquí “ochenta años”. En esta edición restituimos en todos los casos el texto de la primera publicación, conservando así sus marcas originales de enunciación. }

formaciones del cuerpo físico los signos de un lenguaje arcano, deformado y críptico, similar al de los sueños.

Resulta desde este punto de vista comprensible que el psicoanálisis, como disciplina científica y como método de investigación, fuera abarcando progresivamente un ámbito que trasciende ampliamente los límites de la medicina para involucrar en su campo de estudio objetos de otras esferas del saber, tales como la sociología, la religión, la lingüística o la antropología. Ser psicoanalista no se limita hoy al ser médico. Teniendo en cuenta además que la medicina general, como ciencia y como arte de curar o aliviar la enfermedad, trasciende también los límites del psicoanálisis (ya que posee otras formas y procedimientos, algunos de ellos sancionados por los siglos, que no son los del psicoanálisis), parece razonable denominar *medicina psicoanalítica* al conjunto de procedimientos médicos realizados mediante la técnica psicoanalítica.

La expresión “medicina psicosomática”, en cambio, ha sido utilizada por lo menos en tres sentidos diferentes. Para designar una especialidad que comprende, selectivamente, el estudio y el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas. Para subrayar la capacidad de la medicina psicoanalítica para producir efectos terapéuticos tanto psíquicos como somáticos, y, sobre todo, su posibilidad de brindarnos elementos teóricos básicos para comprender esas transformaciones. Para designar, por fin, una orientación de la medicina general que pretende incluir en cada juicio clínico y en cada acto médico, los elementos que puede aportar el psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en las distintas vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad.

CONDICIONES NECESARIAS PERO NO SUFICIENTES  
EL BACILO DE KOCH NO ES “LA” CAUSA DE LA TUBERCULOSIS



Lejos de discutir en este momento acerca de si existen enfermedades que no sean psicósomáticas, o si la expresión “medicina psicósomática” debe limitar su sentido al de la terapéutica psicoanalítica, permítaseme subrayar dos hechos que no debemos pasar por alto.

El primero fue señalado por Freud cuando, en 1905, ante el Colegio de Médicos de Viena, pronunció las siguientes palabras: “...nosotros, los médicos, no podemos prescindir de la psicoterapia, por la sencilla razón de que la otra parte interesada en el proceso curativo, o sea el enfermo, no tiene la menor intención de renunciar a ella... Sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento por él iniciado se agrega en el acto, favoreciéndolo casi siempre, pero también –a veces– contrariándolo, un factor dependiente de la disposición psíquica del enfermo... ¿No será entonces una aspiración justificada del médico la de apoderarse de ese factor, servirse de él intencionadamente, guiarlo e intensificarlo? Pues esto y sólo esto es lo que se propone la psicoterapia científica” (Freud, 1905a [1904], pág. 397).

El segundo de los hechos que deseo subrayar no es menos importante. La medicina no descubre causas únicas y unívocas de las enfermedades; sólo descubre *condiciones necesarias pero no suficientes* para que la enfermedad adquiera en ese momento considerado la forma y la localización que la caracterizan. El hecho de que sean condiciones necesarias, sin la presencia de las cuales la enfermedad no se produce, nos faculta para fundamentar una terapéutica eficaz. Pero, ya que estas condiciones no son suficientes, el campo de la investigación clínica permanece abierto a la búsqueda de otras condiciones necesarias cuyo conocimiento puede brindarnos el acceso a nuevos enfoques terapéuticos. Dicho en otras palabras: el hallazgo de una causa no nos exime de la tarea de investigar en el terreno de los significados inconcientes, del mismo modo que el hallazgo de un motivo psicológicamente comprensible no nos exime de la investigación de las causas eficientes a través de las cuales el trastorno se realiza como una transformación de la configuración de los órganos y sus funciones. En lugar de ser incompatibles, ambas interpretaciones de la enfermedad pueden ser contempladas como las dos caras de una misma moneda.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
LA PERCEPCIÓN DE “LA” CAUSA NO EXCLUYE INTERPRETAR “EL” SIGNO INCONCIENTE INHERENTE	LA INTERPRETACIÓN DE “EL” SIGNIFICADO INCONCIENTE NO EXCLUYE EXPLICAR “LA” CAUSA EFICIENTE	LA IMPOSIBILIDAD DE COMPRENDER UN SENTIDO NO IMPLICA HABER DEMOSTRADO LA AUSENCIA DE UN SIGNIFICADO INHERENTE	LA IMPOSIBILIDAD DE EXPLICAR UNA CAUSA NO IMPLICA HABER DEMOSTRADO LA AUSENCIA DE UNA CAUSA EFICIENTE

¿Cuáles son las conclusiones que podemos extraer de los dos hechos mencionados? La respuesta parece clara. La necesidad de una psicoterapia científica para cada acto médico y la necesidad de un enfoque complementario psicoanalítico formando parte de cada juicio clínico.

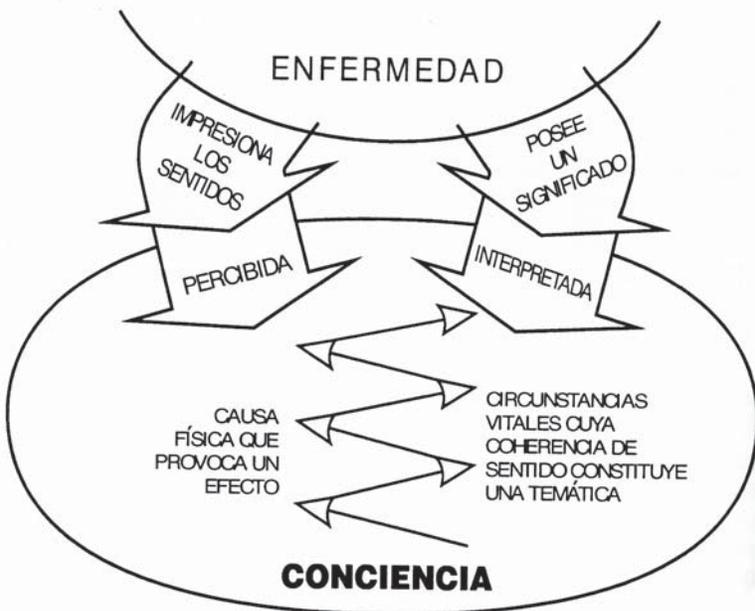


Basta contemplar a nuestro alrededor para comprobar qué difícil es realizar este postulado, y es precisamente con respecto a este punto que resulta pertinente recordar a Freud.

En aquel discurso inaugural del congreso de Nuremberg al cual me referí en el comienzo, describe Freud “los encantos de aquellos tiempos en los que era yo el único representante del psicoanálisis” (Freud, 1910*d*), con palabras que no quiero reproducir aquí, a pesar de ser ciertas, porque en su ironía amarga contienen todavía un resto de su dolor y de su enojo. Reflexionando acerca del porvenir de la terapia psicoanalítica pensaba Freud que el futuro del psicoanálisis dependía esencialmente de tres factores: el progreso interno de la ciencia psicoanalítica, el incremento de autoridad que deriva de un ejercicio bien logrado y el efecto general de la labor del psicoanálisis sobre la sociedad de la cual forma parte. Sesenta y cinco años han bastado para demostrar que sus palabras han sido proféticas. La práctica del psicoanálisis no constituye hoy, como lo fue antaño, un descrédito para el profesional que la realiza. Y sin embargo es necesario volver a meditar sobre estos hechos.

Los factores que Freud describe, y de los cuales dependen la condena y el rechazo que se ejerce sobre el psicoanálisis, se despiertan de nuevo ante cada progreso. Las actividades humanas influidas o transformadas por el psicoanálisis *reaccionan* sobre el ser psicoanalista con la misma pujanza que éste puso en su acción. Cuando el psicoanálisis hizo públicos sus hallazgos acerca de la vinculación de los deseos inconscientes y la sexualidad, con los actos fallidos, los sueños y los síntomas neuróticos, impuso una nueva tarea creativa a las fuerzas de la represión que, ellas también, trabajan en algunas condiciones al servicio de la vida. Tal como lo había previsto Freud, se inició

así un movimiento de transformación en los mecanismos de la enfermedad que, desde entonces, se dirigieron paulatinamente hacia la construcción de su baluarte en otros reductos. La aceptación social del psicoanálisis implica, no podía ser de otro modo, una transacción que contiene una adaptación a la creciente necesidad de producir nuevas formas de la enfermedad. La investigación psicoanalítica de las enfermedades somáticas, al descubrirnos el drama íntimo que se oculta públicamente en cada trastorno, se trate de un resfrío, una angina tonsilar o un infarto cardíaco, desnuda otra vez públicamente nuestra vida privada, nos despoja de los recursos de la adaptación en sus nuevos reductos e impone un nuevo esfuerzo creativo a nuestra represión.



Decíamos que ya no constituye un descrédito ser psicoanalista; pero es forzoso que tomemos ahora conciencia de cuánto en esta tolerancia o en este respeto depende de que limitemos nuestra actividad a la atención de un número limitado de pacientes en la intimidad de nuestros consultorios. ¿Qué sucede en cambio cuando queremos abandonar los márgenes estrechos que encierran nuestra labor en el tratamiento de unas pocas enfermedades y recomendamos como imprescindible la participación del psicoanálisis en la oportunidad concreta de cada juicio clínico y de cada acto médico? Es impresionante comprobar entonces cómo las antiguas fuerzas cobran nueva vida. Cómo la descripción que Freud realizara en 1910 vuelve a ser actual y de qué manera el enfermo, la familia y el colega vuelven a recorrer aquel camino que presenciara Freud.

Quienes formamos parte del conjunto de personas que experimentan al psicoanálisis como un movimiento vivo, que nos recuerda aquellas palabras de Nietzsche cuando afirma que el filósofo compromete su vida en cada pregunta y la arriesga en cada respuesta, debemos también tener presente lo que sostuvo Freud: “Por muy poderosos que sean los afectos y los intereses de los hombres, lo intelectual también es un poder. No precisamente de aquellos que se imponen desde un principio, pero sí de los que acaban por vencer a la larga. Las verdades más espinosas acaban por ser escuchadas y reconocidas una vez que los intereses heridos y los afectos por ellos despertados han desahogado su violencia. Siempre ha pasado así, y las verdades indeseables que nosotros los psicoanalíticos tenemos que decir al mundo correrán la misma suerte. Pero hemos de saber esperar” (Freud, 1910*d*).

---

**LA CAUSA Y EL PORQUÉ DE  
LA ENFERMEDAD [II]**

---

(1976 [1975])

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1976g [1975]) “La causa y el porqué de la enfermedad” [II].**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 37-44.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

## Traducción al italiano

“La causa e il perché della malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 73-83.

El contenido de este artículo corresponde a una conferencia pronunciada en el Hospital Santa Maria della Pietà de Roma en 1975, y publicado ese mismo año en dos artículos del diario *La Opinión*.

El artículo se incluyó como primer apartado de “Diferencias entre la explicación de la causa y la comprensión del sentido de la enfermedad” (Chiozza, 1980b [1975-1980]).

## Condiciones necesarias pero no suficientes

La primera dificultad que se presenta entre colegas, cuando durante la realización de una consulta se trata de incluir, entre los elementos que se utilizan para establecer el juicio clínico, a las emociones inconcientes, consiste en los límites y alcances de la llamada psicogenia. Sin embargo, el problema de la psicogénesis parece ser un problema perimido.

Mediante la estreptomycinina o el ácido paraminosalicílico, que atacan al bacilo de Koch, tratamos a un enfermo de tuberculosis y obtenemos una mejoría. Sin embargo, el bacilo de Koch *no es la causa* de la tuberculosis; es una *condición necesaria pero no suficiente*, ya que se lo encuentra en personas que no padecen esta enfermedad. Lo mismo puede decirse respecto de la úlcera gastroduodenal y la existencia de un conflicto psicológico específico.

En cuanto profundizamos en el estudio de cualquiera de las enfermedades que intentamos reconocer o individualizar, descubrimos que la ciencia a la cual estamos habituados nos esclarece el cómo de la enfermedad, sin que jamás nos ofrezca una respuesta con respecto a ese “porqué” que tanto interesa al paciente y que suele confundirse con el concepto casi místico de una causa primera.

La ciencia utiliza palabras como “esencial” o “idiopático”, con las cuales calificamos a determinadas enfermedades para hacernos la ilusión de que conocemos su origen. Hay conceptos como los de “constitución”, “herencia” o “debilidad del yo”, que nos permiten postergar el problema y conservar nuevamente la misma ilusión.

Tanto el psicoanálisis como la anatomía y fisiología patológicas desembocan en una vía muerta cuando emprenden este camino. El concepto de “condición necesaria pero no suficiente”, al cual también Freud recurrió

(utilizando el ejemplo, clarificador, de la tuberculosis), nos otorga, en cambio, todo lo necesario para fundamentar una terapéutica.

Más aún: ese concepto, que deshace la aparente alternativa entre psicogénesis y somatogénesis, amplía en realidad el campo de las posibilidades terapéuticas. Si “la causa” de la hepatitis infecciosa es un virus, el campo de la investigación y de la terapia queda centrado en el conocimiento de los virus, las condiciones de su acción sobre el organismo y la reacción de este organismo. Si el virus, en cambio, es sólo una condición necesaria para la existencia de la hepatitis infecciosa, pero no suficiente, es posible encontrar en el campo de las constelaciones anímicas, por ejemplo, otra condición necesaria. Investigando en este terreno hemos podido comprobar la existencia de un conflicto particular y específico caracterizado por sentimientos de envidia inconcientes, coartados en su fin, junto a dificultades en la tarea de materializar los ideales. Este conocimiento nos brinda un acceso a nuevas posibilidades terapéuticas de la hepatitis infecciosa, más allá de cualquier polémica estéril acerca del origen orgánico, psíquico o social de la enfermedad considerada.

Una vez abandonada la idea de que lo único importante es encontrar “la causa”, una vez reivindicado el derecho de cada campo del conocimiento a enfocar con luz propia y particular el objeto de estudio, es posible volver, desde un ángulo complementario, a la investigación del “porqué”.

La pregunta “por qué”, dotada de una profunda raigambre afectiva, posee en el enfermo una respuesta inconciente que codetermina siempre el motivo actual de la consulta. Cuando aparece en el médico, puede ser entendida como la necesidad de comprender el significado que la enfermedad considerada posee en el desarrollo de esa vida particular que, en ese momento, el médico de alguna manera comparte.

Se trata de una apertura para la investigación y de una apertura para la terapéutica. Sin embargo, esta apertura resulta muchas veces, a pesar de todo el beneficio que puede proporcionar, antipática e incómoda para el médico y para el paciente. Un ejemplo nos permitirá comprender mejor las razones que determinan esos sentimientos.

## **Un hombre con el dolor en un brazo**<sup>51</sup>

Un paciente es enviado al traumatólogo porque sufre de un dolor en el hombro derecho, que empeora a pesar del tratamiento analgésico instituido

<sup>51</sup> {Este caso se incluyó en el capítulo VII de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, en todas sus ediciones. Libros del Zorzal publicó la última edición ampliada (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), OC, t. XIV.}

por su médico. El enfermo siente que este dolor “le quema” en la punta de los dedos pulgar, índice y medio, hacia los cuales se irradia. Disminuye únicamente cuando el paciente levanta la mano por encima de la cabeza con la palma hacia adelante y el codo hacia afuera.

La radiografía de cuello muestra la posibilidad de un “pinzamiento” de las raíces que transcurren entre las vértebras quinta, sexta y séptima. Los tres dedos afectados corresponden al territorio inervado por el mediano, cuyas fibras atraviesan la columna cervical en la zona señalada. El dolor, urente, muy intenso, aumenta. A partir de esta situación, y en unos pocos días, se agotan, uno tras otro, los sucesivos recursos terapéuticos: analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes, sedantes, calor local, reposo, collar inmovilizador del cuello. El dolor no cede y el enfermo se desespera. Una inyección local, realizada con fines paliativos sobre el plexo braquial derecho, se demuestra efectiva en la anestesia de la mano. Sin embargo, el alivio es incompleto. Por esta razón, el traumatólogo, frente a algunos comentarios de la familia del paciente, decide solicitar una consulta con un colega que posea formación psicoanalítica.

Si repasamos lo que llevamos dicho hasta aquí, vemos que, habiendo llegado a este punto, tenemos una explicación lógica de los síntomas como *efectos que derivan de una causa*<sup>52</sup>. Suponemos que una compresión mecánica (acerca de cuyo origen no nos preguntamos ahora) produce la excitación de un nervio. Esta excitación es experimentada como dolor porque se realiza sobre las fibras nerviosas que transmiten específicamente esa sensación. El conjunto de los síntomas corresponde además al territorio inervado por el mediano, que presumimos comprometido. La existencia de esta compresión puede también explicar la disminución del dolor en la posición anteriormente mencionada.

Pero el enfermo, además de “poseer” un cuerpo que funciona como un delicado mecanismo de relojería, es un hombre que vive una existencia carga-

<sup>52</sup> Es pertinente considerar aquí lo que Bateson (1979) señala –aclaremos previamente, a los fines de poder traducir bien, que utiliza la expresión “*mapping onto*”, que significa en su terminología trazar un mapa de un territorio “sobre” un determinado “material” que impone leyes también determinadas al código de transformación territorio-mapa–: “...una explicación en el trazado de un mapa, acerca de los elementos o piezas de una descripción, adecuado a las condiciones de una determinada tautología, y la explicación deviene aceptable en el grado en que se esté deseando aceptar, y se esté capacitado para aceptar, los vínculos de (o las relaciones internas que conforman) una tautología” –Bateson usa aquí la palabra “tautología” para referirse a algo muy similar a lo que Ortega y Gasset (1940) denomina “creencia”–. Agreguemos por fin que dado que la idea de la relación causa-efecto lleva implícita una idea de tiempo que se halla ausente en el sistema de relaciones lógicas, para Bateson la lógica es un modelo incompleto y pobre de la causalidad.

da de emociones que son personales, propias de su manera de ser particular. Por esta razón, el colega consultado por el traumatólogo partió de un enfoque diferente. *Su pensamiento permaneció voluntariamente alejado de la preocupación por establecer un juicio acerca de la mayor o menor eficacia de la causa mecánica para producir o explicar el conjunto de la sintomatología y de la evolución del tratamiento.* Es importante insistir en este punto. Si nuestro pensamiento se orienta hacia la determinación de las causas, sean estas últimas psíquicas o somáticas (y más allá de cuál fuere nuestro éxito en la tarea de encontrarlas), permanecemos alejados de la posibilidad de comprender los motivos, es decir el sentido de una enfermedad en función de la trayectoria de una vida. Aunque la posición inversa es igualmente válida, este último tipo de unilateralidad casi no se observa en la práctica médica cotidiana.

Luego de una entrevista prolongada con el paciente, el psicoanalista, que conocía los antecedentes previamente mencionados, nos ofrece una interpretación de los hechos que, *lejos de ser incompatible con la anterior*, puede ser contemplada como la otra cara de una misma moneda.

El enfermo, cuya observación se efectuó en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker<sup>53</sup>, es un hombre de 45 años, de nacionalidad alemana, que se siente despreciado y exigido por una esposa que le reprocha su escasa capacidad de progreso económico. Todos los días en la mesa, y todas las noches en la cama, experimenta el sentimiento de que su mujer no lo desea ni lo respeta como esposo y jefe de familia. Dentro de la firma comercial en la cual trabaja esperaba un futuro mejor y se siente cada vez más defraudado. Por sus manos de cajero desfilan los millones ajenos que desearía poseer. Logra a duras penas que el resentimiento y la envidia que experimenta por sus empleadores, familiares de su mujer, no se transparenten en su conducta y aparezcan en su conciencia.

Pocos días antes de que se desencadenara su dolor, un amigo de los dueños de la firma, que también trabaja en ella, sustrajo una importante suma de dinero. Esta sustracción, contra las expectativas de nuestro paciente y a pesar de que el dinero no pudo recuperarse, fue perdonada. Entonces, por primera vez, se asomó a la conciencia del enfermo el deseo de robar, él también; deseo enormemente angustiante y, por lo tanto, reprimido.

La mano culpable es la que hoy duele. El dinero le “quema” en la punta de los tres dedos con los cuales cuenta, cotidianamente, los billetes de banco. La posición en la cual el dolor disminuye corresponde a un gesto

<sup>53</sup> {Desde 1997, el Centro cambió su nombre por el de Centro Weizsaecker de Consulta Médica. Se puede leer una historia del Centro en “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica” (Chiozza, 1995K), OC, t. VI.}

inconciente con el cual simboliza su inocencia. Cada vez que lo realiza se abstiene, mágicamente, de “meter” la mano en la caja tentadora.

El esclarecimiento de esta situación surgió de la capacidad del médico psicoanalista para comprender el simbolismo de los síntomas, su vinculación con los episodios biográficos, las expresiones espontáneas e involuntarias y los sentimientos movilizados en la relación entre médico y paciente. Durante la conversación con el enfermo, estos contenidos inconcientes se fueron haciendo más claros. Quedó convenida una entrevista posterior a los fines de resolver y elaborar esta situación de un modo más completo. El paciente no concurre a la entrevista. Hizo saber, de manera indirecta, que el último médico estaba completamente equivocado en su enfoque de la enfermedad y que otro colega, en el intervalo entre ambas consultas, lo había curado de sus molestias mediante la administración oral de un medicamento. El contenido de este medicamento, de más está decirlo, era similar a uno de los tantos que le habían sido suministrados antes sin ningún resultado.

Es comprensible que, tanto para el médico como para el enfermo, habría sido preferible que una explicación mecánica de la enfermedad los eximiera de una incursión desagradable en la intimidad de un “porqué” que siempre, de alguna manera, es experimentada como una violencia impúdica. Una incursión que les obliga a revivir, en la relación médico-paciente, las mismas emociones penosas que una vez fueron rechazadas, pagando como precio de esa represión la enfermedad. El rechazo del enfermo ante sus deseos inconscientes de robar le hace retroceder, con la misma fuerza de la honestidad que regula su conducta, ante una interpretación que, por el tiempo breve y las condiciones en que debió ser realizada, no ha podido tener la sutileza y la amplitud necesarias para poder ser bien elaborada, esclareciendo además al paciente los sentimientos movilizados hacia la persona del médico. Sin embargo, el objetivo terapéutico, y eso es lo importante, quedó acabadamente cumplido en cuanto al motivo actual de la consulta.

Freud nos aconsejaba distinguir entre las parálisis motrices orgánicas y las histéricas según que el territorio comprometido estuviera encuadrado por los límites de una zona de inervación o, por el contrario, correspondiera a la imagen mental de una parte del esquema corporal. El ejemplo citado nos permite comprobar que este criterio no puede ser absoluto o, en todo caso, no puede utilizarse para sostener que los trastornos “orgánicos” carecen de un lenguaje similar al de la histeria.

Digámoslo de una manera rotunda. El hallazgo de una causa no nos exime de la tarea de investigar un porqué en el terreno de los significados inconcientes; del mismo modo que el hallazgo de un porqué psicológica-

mente comprensible no nos exime de la investigación de las causas eficientes, que permiten explicar cómo se realiza la transformación de la configuración de los órganos o sus funciones que constituye al trastorno.

Cuando se trata, por ejemplo, de una herida postoperatoria que sangra peligrosamente más allá de un cierto límite, podemos encontrar en una discrasia sanguínea (comprobable o supuesta), o en una mala ligadura, las causas eficientes que, *como condiciones necesarias*, mantienen la pérdida sanguínea. Ocurre muchas veces que puede lograrse en estos casos la hemostasia mediante la inyección de un fármaco o la reintervención quirúrgica. ¿Debemos suponer entonces que las causas anteriormente mencionadas *son suficientes* para explicar la pérdida sanguínea? ¿Acaso todas las malas ligaduras sangran? ¿Puede el grado del error quirúrgico comprobarse exactamente en su incidencia sobre la hemorragia? ¿Dos enfermos con idénticas cifras en su cuadro hemático nos enfrentan por ventura con los mismos fenómenos clínicos? ¿Existe alguna razón para limitar el intento terapéutico a un solo ángulo de ataque insistiendo muchas veces en terapéuticas dudosas o en una intervención que implica un riesgo? La investigación psicoanalítica puede brindarnos el descubrimiento de condiciones necesarias en el terreno de la constelación anímica. En el caso de un paciente cuya familia consultó al Centro de Consulta Médica Weizsaecker por una hemorragia postoperatoria aguda, nos encontramos con un enfermo impregnado por el deseo inconciente de encontrar una muerte “honorable” que le permitiera evitar la humillación de un quebranto económico, ya que en sus fantasías inconcientes este quebranto le haría perder el amor y el respeto de su mujer y de sus hijos.

Tanto en la búsqueda de causas como en la de motivos podemos descubrir condiciones necesarias para que la enfermedad adquiera la forma, la localización y la evolución que la caracterizan. Ambas investigaciones pueden ayudarnos en la fundamentación de una terapéutica dirigida a modificar, *por lo menos, el modo actual en que la dolencia se manifiesta*. En algunos casos (enfermedades agudas con complicaciones graves, por ejemplo), la búsqueda de un efecto semejante es imprescindible.

## **La enfermedad como capítulo de una biografía**

Cuando un paciente sufre insomnio, angustia o una impotencia genital, estamos habituados a reconocer que las múltiples circunstancias de su vida como persona tienen una participación preponderante en su enfermedad. Si se trata de un infarto cardíaco, de la rotura de una arteria cerebral o

de una fractura consecutiva a un accidente, nuestro pensamiento se orienta con mayor facilidad hacia la existencia de una causa física. Sin embargo, la opinión de la gente que se expresa más allá de la preocupación por un rigor científico y los comentarios de algunos médicos clínicos que nos hablan de “un modo contemporáneo de suicidio”, nos señalan inequívocamente que el estudio de esa vida nos brinda la posibilidad de comprender en una dimensión humana el “sentido” o la “razón” de ese suceso que adquiere un significado como capítulo de una biografía. Cuando se trata de una anemia, una hemorragia, un cáncer o una tuberculosis, no somos tan audaces y abandonamos en las manos de algunos artistas geniales la interpretación que, una vez librados de nuestra responsabilidad como científicos, es capaz de conmovernos y despertar nuestro interés (baste recordar como ejemplo a Thomas Mann, autor de *La montaña mágica*).

De una manera semejante, la intuición o la empatía nos llevan a comprender a veces el sentido de una determinada enfermedad en la vida de un pariente o un amigo. Ocurre que poseemos espontáneamente una visión de conjunto acerca de la constelación de circunstancias vitales encadenadas que desemboca en el desenlace presente. Sin embargo, en la medida en que esta comprensión no logra integrarse con los cánones habituales de nuestro pensamiento racional, tendemos a rechazarla o reprimirla.

Muchas veces pensamos que la constelación biográfica ha dejado de actuar una vez producido el desenlace, cuando en realidad continúa recreando cotidianamente a la enfermedad. La evidencia de nuestros sentidos contribuye a este engaño. Cuando la enfermedad altera la materia que llamamos cuerpo y aparece un epiteloma sobre la piel que antes estaba sana, tendemos a pensar que el trastorno *ya se realizó* y permanece emancipado de la causa que lo produjo en un “acto único”. Sin embargo, el trastorno que altera la forma del cuerpo va más allá de la materia captable por medio de los órganos sensoriales y de los aparatos que, como el microscopio, amplían el campo de acción de los sentidos. Si pensamos en el hecho de que en unos pocos días ni uno solo de los átomos que constituyen nuestro cuerpo permanece en él, sino que todos más o menos rápidamente son reemplazados por otros que ocupan su lugar, nos damos cuenta de que el epiteloma o aquel otro tumor que comprime el esófago no permanecen, materialmente hablando, sino que se recrean continuamente, como el mismo cuerpo, a partir de nuevos átomos de la misma sustancia. Lo único que permanece es la configuración de la estructura formal; la materia se renueva.

Mientras la relación entre determinados acontecimientos psíquicos patológicos y las coyunturas críticas de nuestra vida se reconoce habitualmente con mayor facilidad, afirmar la existencia de una relación (con un significado

específico que explique el momento, la forma y la localización) entre un tumor y los acontecimientos “psíquicos” que constituyen una biografía parece casi un absurdo. Podemos sin embargo profundizar un poco más en esta cuestión.

Ya que la materia que circula a través del tumor y el tumor no son la misma cosa, podemos preguntarnos cuál es la relación entre aquello que denominamos psíquico o mental y la configuración estructural que denominamos “tumor”. Parece probable suponer que la configuración estructural biológica, que “soporta” y “conforma” la materia de los órganos, adquiere en un momento determinado de su desarrollo evolutivo una cualidad de conocimiento acerca de sí misma y de su relación con el mundo circundante que denominamos “conciencia” y a partir de la cual definimos aquello que denominamos “lo psíquico”. Freud ha postulado, en cambio, la existencia de lo psíquico inconciente.

No es fácil resolver la cuestión acerca de “hasta dónde” debemos extender el uso del término “psiquismo”, cuando alejándonos cada vez más de la conciencia, recorremos esta serie de configuraciones funcionantes.

Sin embargo, más allá del nombre, lo importante es que forman una serie en uno de cuyos extremos se halla la conciencia.

Algunos biólogos prefieren suponer que este “ámbito subjetivo” que denominamos “lo psíquico” continúa existiendo en lo inconciente de la vida animal y vegetal. Adolf Portmann (1954), uno de los artífices de la “nueva” biología, propone el nombre de “interioridad” para la totalidad del “ámbito subjetivo” no espacial que caracteriza a los seres vivos, evitando de este modo una estéril polémica alrededor del término “psiquismo”.

Digamos, a modo de conclusión, que el afirmar algún género de identidad de clase entre lo psíquico, la interioridad y la configuración biológica que constituye la materia en los órganos, no implica un optimismo fácil acerca de la posibilidad de modificación de los órganos enfermos mediante la terapéutica psicoanalítica. Implica, sin embargo, una nueva apertura teórica hacia esa posibilidad. Recordemos aquí las palabras de Nietzsche que cita Watzlawick (1977): “...el que posee un porqué para vivir soporta casi cualquier cómo”.

---

**COMENTARIO AL ARTÍCULO DE  
MAURICIO ABADI “MEDITACIÓN  
SOBRE EL EDIPO”**

---

(1976)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1976i)** “Comentario al artículo de Mauricio Abadi ‘Meditación sobre el Edipo’”.

## Ediciones en castellano

*Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIII, N° 2, APA, Buenos Aires, 1976, págs. 258-261.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El artículo de Abadi que hoy tengo el placer de comentar constituye una exposición inteligente y culta a través de la cual nos presenta ideas originales acerca del complejo de Edipo, la mayoría de las cuales ha elaborado a lo largo de años de observación y reflexión. En un tácito acuerdo con lo esencial de su tesis, me limitaré a comentar algunos de los innumerables temas que su exposición aborda o sugiere, ya que es imposible desarrollar todas las líneas de pensamiento a que dan lugar sus interesantes planteos.

¿De qué manera puede sostenerse que alguien, Edipo en este caso, sea inocente y además culpable de la acusación que se le imputa? ¿No es esta formulación ilógica? En su implícita respuesta a este interrogante, que Abadi logra transmitir de modo palpable a través de su continua referencia a las anfibologías, surge uno de mis numerosos puntos de coincidencia con él. Se percibe claramente una línea *alógica* de profundas resonancias, durante la lectura de todo su artículo, rico en problemas que demandan un tratamiento intelectual que trasciende los límites de la lógica tradicional, tal como ocurre con el concepto de tiempo en su exposición de las relaciones entre mito e historia. Acorde con este planteo, la tenacidad con que Abadi se pregunta por el motivo de la indagación a la cual se alude en el mito me sugiere las reflexiones siguientes.

Para los griegos, averiguar era descubrir una verdad, *alétheia*, que está ahí desde siempre, preformada y oculta, más allá del hombre que la busca y que, con su esfuerzo, debe descubrirla. El concepto acerca de la verdad ha sufrido las más diversas vicisitudes durante la evolución del pensamiento humano. Para los hebreos, por ejemplo, la verdad, *emunah* (amén), es lo que será como producto de los designios divinos que, lejos de poseer un ser inmutable, son el resultado de una voluntad que no admite restricciones. Tal

como señala Ortega y Gasset, *emunah* no es en el decir del hebreo como el *logos* de la verdad “A es B”, sino “así será”. Averiguar es para el hebreo profetizar a través de la invocación de la gracia concedida como revelación, pero, y esto me parece importante, como la revelación de un destino “improvisado” por un Dios que puede ser influido mediante la plegaria.

Es cierto que el psicoanálisis, mediante su indagación en los significados ocultos, nos reconcilia con el espíritu griego en su búsqueda del ser latente que debe ser descubierto. Pero existe sin embargo una importante diferencia. El psicoanálisis no se compromete en la creencia de un ser latente, unívoco, sólo se compromete en la afirmación de su latencia. Aquí resulta pertinente recordar a Freud cuando afirma en *La interpretación de los sueños* que “las ideas latentes descubiertas en el análisis no llegan nunca a un límite y tenemos que dejarlas perderse por todos lados en el tejido reticular de nuestro mundo intelectual” (Freud, 1900a [1899], pág. 539). ¿No apunta esta aseveración de Freud hacia una coincidencia con una época como la nuestra, en la cual alejamos nuestro pensamiento, de la creencia en la posibilidad de establecer el ser inmutable de una verdad independiente del hombre?

Abadi, de más está decirlo, cuando nos habla del descubrimiento de la verdad contenida en la indagación que el mito simboliza, no se solidariza con esa particular concepción de la verdad que era propia del espíritu griego, ya que nos habla del esfuerzo de Edipo para develar una verdad *personal*. He realizado sin embargo todo este rodeo porque me interesa preguntarle si él no cree posible que esta concepción de los griegos, que continúa viva en muchos de nuestros conceptos, se haya introducido secundariamente en su pensamiento, de manera inadvertible, cuando luego de hablarnos de una “certeza final inalcanzable” continúa diciendo *cuál* “podría llegar a ser” esta certeza, al elegir “la fundación de la propia identidad” como una privilegiada entre las otras para optar a la categoría de “final”. No es que me cuestione la posibilidad de privilegiar una representación frente a las otras, sin la cual toda interpretación psicoanalítica sería imposible; lo que me cuestiono es la posibilidad de otorgar el carácter de “final” a cualquiera de ellas, ya que, aunque afirmemos que este final es inalcanzable, estamos al mismo tiempo aseverando que podemos divisar *cuál* podría llegar a ser.

Encuentro un problema semejante cuando Abadi afirma, en uno de sus últimos párrafos, que “lo simple de la trama latente es necesariamente encubierto por la complejidad del mito manifiesto”. Yo creo que la inversa es igualmente válida; Abraham (1909), por ejemplo, en su artículo “Sueños y mitos”, afirma precisamente lo contrario. Esto no quita, en mi opinión, carácter de verdad a lo que afirma Abadi, pero lo relativiza en el sentido de que “lo simple de la trama latente” pasaría a ser “lo simple de *una* trama

latente” dentro del inacabable retículo del cual hablaba Freud. Examinando desde este punto de vista el “expediente de Edipo”, la indagación por la culpa se torna tarea inacabable y queda sustituida, tal vez provisoriamente, por “el hacerse responsable de una reparación”.

Cuando Abadi señala la diferencia existente entre complejo y mito de Edipo en su relación con el contenido latente, agregando que “es ingenuo suponer que la patencia de lo que es latente en el mito nos llevará a descubrir aquello que en el mito es ya manifiesto, el parricidio y el incesto”, vuelve sobre un tema que, a pesar de la enorme importancia que tiene, ha sido señalado por muy pocos autores, y lo hace con una claridad y elocuencia muy difíciles de igualar. Sorprende lo vigente de tal “ingenuidad” o, por lo menos, la complicidad inconciente existente en una enorme mayoría en cuanto a evitar preguntarse acerca de los significados latentes de un mito al cual tan frecuentemente se alude.

Hace unos años, en varios trabajos, me ocupé de estudiar las motivaciones inconcientes del horror al incesto y de trazar una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado. La tesis que entonces expuse se integra en más de un punto con los interesantes planteos de Abadi. Dicha tesis puede esquematizarse groseramente en dos postulaciones. La primera consiste en afirmar que el incesto constituye una defensa transaccional frente a una excitación narcisista que pone en peligro a un yo limitado en su posibilidad de crecimiento. La segunda, desarrollada a partir del razonamiento que expone Freud con respecto a los delincuentes por sentimiento de culpabilidad, sostiene que la prohibición superyoica del deseo incestuoso encubre la existencia de un mandato superyoico más primitivo que conduce hacia su realización. Me parece que este “mecanismo” completa el pensamiento de Abadi cuando se refiere a la “arrogante violación de la ley que lo marca con el sello de la culpa y del castigo expiatorio”, si tenemos en cuenta que, de acuerdo con el propio pensamiento de Abadi cuando se refiere al “destino” del hijo, es también ley y es también culpa aquello que conduce a semejante violación arrogante.

Con respecto al protoanhelo y la protoculpa por un nacimiento impedido, tesis que me convence plenamente desde la fecha primera de su publicación y que me ha sido muy útil hace algunos años para comprender determinados aspectos latentes en el mito de Prometeo, quiero aprovechar la ocasión para plantearle a Abadi el esquema de un interrogante en el afán de conocer su pensamiento actual en lo que respecta a un punto de particular trascendencia. ¿Debemos considerar al protoanhelo y a la protoculpa por un nacimiento impedido como una metáfora o símbolo actual que alude a la repetición de una situación pretérita traumática? De ser así,

¿la situación pretérita a la cual se alude coincide efectivamente con la vida intrauterina en el momento del nacimiento, y de ahí proviene la elección de los símbolos con los cuales se la representa actualmente? De ser así, ¿es el protoanhelo un deseo inconciente y la protoculpa una fantasía o “sentimiento” inconciente de culpabilidad vigentes ya durante la vida intrauterina? De no ser así, ¿cómo y cuándo es posible que se registre su huella con las características que posee?

Otro tema que me resulta fascinante y sobre el cual, lamentablemente, no es posible que me extienda, es el de la relación entre conocimiento, angustia y prejuicio; tema que como un hilo subterráneo que aflora en distintas partes recorre todo el trabajo de Abadi, y que posee una sólida raigambre tanto en los mitos como en la literatura o la experiencia humana cotidiana.

Si es cierto lo que señala Freud cuando en su trabajo “Sobre psicoterapia” afirma: “la acción somática y psíquica de los impulsos anímicos hechos concientes no puede ser nunca tan fuerte como la de los inconcientes” (Freud, 1905a [1904], pág. 401), debemos concluir en el pensamiento de que existe una forma de conocimiento que impide el hacer conciente un impulso inconciente destructivo. ¿Se podrá denominar a este tipo de conocimiento “conocimiento genuino”? En el caso de no ser así: ¿cómo podríamos diferenciar claramente ambos tipos de conocimiento? Y, por el contrario, si fuera genuinamente conocimiento: ¿de cuáles factores distintos de su lejanía de la conciencia dependerá en definitiva su capacidad de daño? Tal vez un ensayo de respuesta consista en volver sobre la afirmación primera para señalar que el conocimiento genuino puede ser también utilizado para mantener inconciente un impulso destructivo, y que el llamado conocimiento prohibido debería ser aquel especialmente adecuado para cumplir con tal designio también inconciente.

Debo terminar aquí, limitando mis deseos de dialogar con Abadi. Quiero agradecerle el haber escrito este trabajo que no se puede leer “en serio” sin sentirse profundamente conmovido por el impacto que nos produce su elaborada relación con el tema de la muerte y con el dilema lacerante en la encrucijada de los caminos de Tebas, entre quien se hace hijo en el asesinato y quien se constituye como padre en la muerte.

---

**PRÓLOGO Y EPÍLOGO A LA  
PRIMERA EDICIÓN DE *CUERPO,*  
*AFECTO Y LENGUAJE***

---

(1976)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1976j) “Prólogo y epílogo a la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”.**

## Ediciones en castellano

Se publicó con el título “Prólogo y epílogo” en:

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 7-14.

Se publicó con el título “Prólogo y epílogo a la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*” en:

L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 19-29.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-21.

La utilización del psicoanálisis en el ejercicio cotidiano de la medicina, o en el trazado teórico de una patología general (lo que representa la misma cuestión desde otro ángulo), constituye una necesidad que plantea problemas difíciles tanto al médico general como al psicoanalista que ejerce el psicoanálisis en la intimidad de una sesión con su paciente. Esta problemática gira alrededor de la clave constituida por la relación existente entre cuerpo, afecto y lenguaje. El contenido del presente volumen es el producto del trabajo que, en los últimos diez años, realicé sobre distintos aspectos de tales problemas. Como es natural, esos distintos aspectos no se reproducen aquí en el orden cronológico ni respetando la unidad primitiva en que fueron elaborados durante los años pasados. Fue necesario estructurarlos de distinta manera, a fin de que el conjunto gozara de la coherencia y la continuidad necesarias para que el lector pudiera recorrerlo de un modo ordenado, profundizando paulatinamente en el asunto tratado.

En la conciencia se organizan los datos de la percepción sensorial orientada hacia el mundo exterior, “objetivo”, y aquellos otros que provienen de la vida interior, caracterizada como subjetiva. Los datos actuales de una u otra fuente se integran con nuestro conocimiento previo de aquello que denominamos la realidad y que solemos dividir en exterior e interior. El sistema percepción-conciencia se halla construido alrededor de dos nociones básicas: espacio y tiempo. Si continuamos profundizando en este análisis, comprobamos que nuestro conocimiento se ordena *primariamente* en dos sistemas. Uno es el de los cuerpos materiales que ocupan un lugar en el espacio exterior que establece la física. El otro es el de los acontecimientos que se registran como cambios, como sucesos que transcurren en el tiempo interior que constituye la historia. Aparentemente no es así. Apa-

rentemente el tiempo físico, como magnitud exterior, constituye una realidad *primaria* que se configura alrededor de la percepción del movimiento. Sin embargo, el tiempo de la física es un tiempo histórico artificialmente objetivado. Cuando creemos que estamos comprobando su medida, sólo estamos midiendo un espacio que denominamos *recorrido* en virtud de nuestra capacidad para rememorar una posición anterior. Es cierto que el sol, como un objeto del mundo exterior, concurre todos los días puntualmente a la cita; pero de lo que aquí se trata es de que el establecimiento de esta puntualidad no se percibe sensorialmente de una manera directa como el espacio y los cuerpos, sino que es el producto de una operación del intelecto que (para establecer la simultaneidad que constituye la cita) interviene sobre la realidad exterior construyendo un sistema que permite constatar en un espacio el transcurso de un tiempo proyectado desde el interior. Todas las formas del reloj, aun la de aquellos llamados naturales, pertenecen a este sistema. Aunque el color rojo o la nota musical “do” constituyen el producto de una frecuencia regular que, como tal, se realiza en un tiempo físico “exterior”, también en este caso resulta evidente que no percibimos este tiempo de manera directa, como un transcurso, sino que lo objetivamos como resultado de una operación de nuestro intelecto.

Los modos concretos del espacio y el tiempo, a través de los cuales la realidad se manifiesta *de manera primaria*, son dos: la materia que constituye la física y el recuerdo que constituye la historia. Las otras maneras se establecen a través de una transformación secundaria que, en estados de profunda regresión, se pierde totalmente, de modo que lo que penetra en la conciencia se experimenta como proveniente del exterior y la vivencia del transcurso del tiempo se independiza por completo de la marca objetiva del reloj.

La realidad psíquica es una realidad primariamente histórica que ocupa de un modo segundo un espacio virtual, imaginario, introyectado, dentro del cual *se presenta*. El espacio de la historia es siempre un “escenario animado” en el cual el acontecimiento adquiere preeminencia con respecto al lugar. La realidad del cuerpo y el mundo es primariamente una realidad presente que cambia de modo secundario en un tiempo *ausente*. Sólo podemos *presenciar* este tiempo, que es transcurso, mediante el recuerdo de un pasado que hace presente la transformación y la proyecta sobre el mundo percibido. La proyección imaginaria de ese pasado, bajo la forma de un deseo o un temor, nos permite construir la representación de un futuro y las *normas* de una realidad que llamamos *ideal* porque pertenece al mundo de la idea.

El médico que interroga y examina al paciente recoge una historia y constata un estado de la materia que examina. Comparando el estado con la

norma, descubre una historia en la materia. Su interpretación de la realidad clínica *tangible* es siempre histórica. Su historia clínica es la interpretación de un proceso, una mecánica y una evolución que transcurren en el tiempo. En cuanto el médico es un ser humano, posee la capacidad de relatar una historia, desarrollada en el tiempo, acerca de los hechos que él selecciona. El relato del paciente también es procesado, durante la confección de la historia clínica, en búsqueda de los hechos seleccionados mediante un determinado criterio.

En cuanto a la tarea del psicoanalista volvamos sobre lo que escribimos hace ya varios años en “Una contribución al estudio del horror al incesto” (Chiozza, 1967a [1966]):

Desde mucho antes que el psicoanalista conozca a su paciente, el pasado se hace “carne” en el enfermo formándolo como persona. Mientras una pequeña parte quedó “disponible” como recuerdo, otra parte configuró su carácter y su enfermedad. Luego, durante el tratamiento psicoanalítico, una parte de ese pasado (repetido mediante la transferencia inconsciente en la conducta y en la enfermedad) se transformó “momentáneamente” en recuerdo, en historia personal o familiar. Pero no permaneció ahí. Disponible como recuerdo, sólo permaneció “el esqueleto” de los acontecimientos pasados. La vivencia que constituía “la carne” de tales recuerdos ha pasado nuevamente a formar parte de la conducta, el carácter y el cuerpo del paciente, modificados por ese proceso.

Hay en la mente del psicoanalista y en la del paciente, aunque no siempre presente en la conciencia, un estado actual de aquello que constituye “la vida” de esa historia, pero se trata de un estado actual en continua evolución. Las imágenes y objetos del paciente, lo mismo que los antecedentes personales y familiares que el psicoanalista podría relatar, son “distintos”, hoy, de los que ambos tuvieron cuando comenzó ese tratamiento. Seguramente serán distintos también los que tendrán cuando el proceso ininterrumpido del análisis vaya transformando el sentido de los “datos objetivos”, completando las “series psíquicas” con eslabones inconscientes que transforman su significado.

En cuanto al campo de trabajo terapéutico psicoanalítico, el “hecho” histórico importa (más que como una realidad “externa”, pasada, a la cual no se tiene un acceso directo) como una realidad “psicológica” del paciente o como una representación mental del psicoanalista (ambas en continua evolución) que permiten inferencias genéticas y construcciones a partir de la transferencia.

Los hechos que se presentan en una historia personal o familiar seguramente ocurrieron; pero, puesto que no tenemos acceso directo

a la llamada realidad histórica, no podemos saber si “realmente ocurrieron así”, es decir, de qué modo significaron en su época pretérita. Podemos pensar que el producto de la transformación de la historia *está y es* presente en la transferencia-contratransferencia y que a su vez ese presente se transforma momentáneamente en historia, en recuerdo, mediante la interpretación. El grado de coincidencia de este recuerdo con el pasado “objetivo” es teóricamente incognoscible.

Tal como se puede comprobar en *Rashomon*, o en *Seis personajes en busca de un autor*, de Pirandello (1921), los acontecimientos pasados sólo constituyen *historia* en función de un significado que, por su misma naturaleza de significado, ocurre forzosamente en un ámbito subjetivo y variable. Lo único que podemos afirmar “objetivamente”, desarrollando un paso más el razonamiento que llevó a Freud al descubrimiento del carácter encubridor de algunos recuerdos, es que la “historia objetiva” es presente en una totalidad cuatridimensional inabarcable, mientras que el recuerdo, *todo recuerdo de aquello que ocurrió, sea del paciente o del analista, es una representación o apariencia de aquello que está ocurriendo actualmente*.

Sin embargo, la presentación de cualquier material clínico constituye, inevitablemente, *una* historia (entre las tantas que podrían relatarse sobre ese paciente), y, como tal, implica detenerse a pensar y escribir acerca de un paciente que en ese momento no ocupa el diván. Pensar en lo que pasó más que en lo que está pasando actualmente, durante el mismo proceso de realizar esa historia, como el producto de una situación compleja, rica en contenidos inconcientes. Situación que conjuga al analista con el significado de sus notas o grabaciones, sus recuerdos del paciente, de sí mismo y del contorno social profesional al cual dirige su trabajo, sus propósitos, concientes e inconcientes, frente a sus objetos internos, representados ahora en especial por ese medio social y ese paciente. Recordemos aquí la profunda pregunta que formula G. Bateson (1948-1969) en sus “Metálogos”: “¿Cómo determina la gente objetiva cuáles serán las cosas sobre las que va a ser objetiva?”.

Si bien es cierto que el psicoanálisis construye su cuerpo teórico fundamental sobre el modelo de las ciencias que investiga la naturaleza, su esencia consiste en la interpretación de una historia olvidada que permite re-significar el presente. En ese presente, dicha historia ha sido sustituida por otra, detrás de la cual al mismo tiempo que la primera se oculta, se manifiesta bajo la forma de signos arcanos.

Sistematizar teóricamente lo esencial de la técnica y la observación psicoanalíticas implica por lo tanto la necesidad de trazar una metahistoria, junto a la metapsicología que Freud nos legó como derivado indirecto de la

ciencia física. La necesidad de esta tarea sólo se hace evidente cuando, luego de haber establecido que la interpretación psicoanalítica es la determinación de un significado, se intenta progresar en la metapsicología de los significados. Cuando se investiga qué clase de cosas son los significados, cuál es su naturaleza, uno se encuentra con que debe comprender *además* qué significan las cosas, es decir, cuál es su valor o su “importancia”.

Frente al material que impresiona a nuestros órganos sensoriales existe una interpretación que nos otorga, mediante un proceso constructivo, la imagen o la representación de un objeto, que experimentamos como presente, y que forma parte de lo que Uexküll (1934), en sus *Ideas para una concepción biológica del mundo*, denomina nuestro mundo perceptivo particular.

Utilizando los términos de la metapsicología freudiana podemos definir al conocimiento como la capacidad de prever las consecuencias de la acción, y lograr, de este modo, que dicha acción se constituya en la *acción eficaz*, capaz de hacer cesar la excitación, que emana de la necesidad, en la misma fuente instintiva.

De modo que el mundo perceptivo, constituido por el material que registran los sentidos y por el conjunto de los objetos reconocidos, se encuentra ordenado de acuerdo con las finalidades que dirigen y orientan las acciones que el sujeto realiza en el mundo circundante sobre el cual ejerce sus efectos. Por lo menos una parte de las mencionadas finalidades se halla constituida por lo que Freud denominaba “representación-fin”.

Prosiguiendo con la metapsicología psicoanalítica llegamos a la conclusión de que el conocimiento de los objetos a partir de un material sensorial, o sea *la significación* que se otorga a dicho material, se constituye precisamente en una amalgama indisoluble con el *interés* cualificado que esta presencia sensorial despierta debido al grado de relación que se establece entre la misma y determinadas y particulares necesidades instintivas. Representaciones tan abstractas como las de la ciencia matemática no son una excepción; sólo nos permiten comprobar una capacidad casi ilimitada para interponer intermediarios numerosos en la serie de derivados que vincula a las representaciones de impulsos instintivos inconcientes con las representaciones preconcientes que, en tanto constituyen imagos de los objetos del instinto, reciben las transferencias de las catexis instintivas. La idea metapsicológica de carga, tal como se desprende del pensamiento de Freud, nos introduce paulatinamente, a través de los conceptos de valor, importancia y significado, en el terreno de una incipiente metahistoria.

De modo que la “mera” percepción de los objetos a partir de un determinado material sensorial, es un proceso indisolublemente ligado con

el establecimiento de la significación de dichos objetos. Constituye, desde este punto de vista, una interpretación, y compromete un afecto.

El idioma, como residuo organizado de una con-vivencia pretérita, configura un aspecto privilegiado del mundo social, que permite objetivar las líneas que estructuran el universo de los significados. La relación existente entre lenguaje e historia nos brinda por lo tanto la apariencia de una base suficiente para construir, a partir de ese único punto, la teoría metahistórica que necesitamos. Pero esta exclusividad, a pesar de lo fructífero de tales investigaciones, me parece injustificada. Más aún, es frecuente que a partir de este punto se desconozca el hecho de que en el sistema que constituye una lengua confluyen precisamente de manera irreductible materia e historia, como dos términos de una oposición que sólo en su interrelación recíproca se iluminan mutuamente. Es decir que el lenguaje, en lugar de ser el punto en el cual se establece la solución del dilema entre el cuerpo y el alma, o entre naturaleza y cultura, constituye un campo en donde éste se reinstala y nos permite, otra vez, contemplarlo.

No se trata por lo tanto de que, en aras de una metahistoria, abandonemos una metapsicología cuyos conceptos, extrapolados de las ciencias de la naturaleza, constituyen la oposición imprescindible que nos permite apresar “desde afuera” la escurridiza realidad de los significados. Muchas veces he tenido la impresión de que la discusión de la metapsicología freudiana en su conjunto, o la oposición a algunos de sus conceptos esenciales, proviene de no haber comprendido que constituye el punto de apoyo imprescindible para la existencia de una metahistoria. Esto es especialmente válido en lo que respecta a la teoría psicoanalítica de los afectos. Así como mientras no se realice esta metahistoria los elementos que debían constituir su base determinan desde lo inconciente el curso “idealista” de nuestras investigaciones metapsicológicas, es posible suponer que cuando dirigimos nuestra atención hacia la construcción de una metahistoria, nos ocurrirá un fenómeno recíproco y similar y quedaremos impregnados de una tesis materialista inconciente, en la medida en que nuestra mirada no retorne periódicamente sobre los fundamentos de la metapsicología. Un ejemplo del primer caso lo encontramos en el psicoanalista que, frente a una teoría que busca resumir en una tópica, una dinámica y una economía, estructura un conjunto de valores “intocables” que permanecen siempre fuera de su esquema teórico. El segundo caso aparece, por ejemplo, en quienes al estudiar las vicisitudes del deseo inconciente y su estructuración en el campo social del lenguaje, encuentran vedado su acceso teórico a un terreno que llamamos biológico, por un límite que surge de un prejuicio inconciente hacia aquella parte de la realidad que denominamos materia. Oculto mu-

chas veces bajo la forma de un aparente desprecio, este respeto casi místico por la materia la transforma otra vez en un campo psicoanalíticamente intocable. Esto ocurre en un época en que la biología, a través de uno de sus más eminentes representantes, Adolf Portmann (1970), afirma: “En la exploración de lo inconciente (y todo trabajo en biología es en el último de los casos una exploración de este tipo) tratamos de trascender la arcaica distinción de cuerpo, alma y espíritu, y no porque demos poca importancia a lo que estos términos designan, sino porque vemos con otros ojos las formas de vida en que esas distinciones fueron hechas una vez”.

El sistema conceptual que estructura la temática de este libro constituye, en última instancia, una metapsicología acorde con la que postula Freud. Constituye también al mismo tiempo, sin haberlo pretendido, una introducción al trazado de una teoría psicoanalítica metahistórica. Este trazado implica la ejecución previa de tres tareas que, en mayor o menor grado, se encuentran aquí prefiguradas y esperan ser acometidas de manera deliberada y sistemática. La primera es un intento por llevar a sus últimas consecuencias la investigación (metapsicológica) acerca de la naturaleza de los significados; la segunda es hacer conciente qué elementos latentes a la metapsicología exigen un tratamiento metahistórico; la tercera es reunir aquellas observaciones psicoanalíticas y aquellos aspectos de la técnica interpretativa que se resisten a la explicación metapsicológica o quedan deformados por ella y reclaman, en cambio, su comprensión en términos de la historia de un sujeto frente al otro.

De modo que nuestro interés en incursionar en la función del psicoanálisis en la medicina se traduce en un enriquecimiento de la significación del psicoanálisis, que abarca no solamente el ámbito de sus fundamentos teóricos, sino también la esfera de su aplicación “primaria” a los diversos asuntos humanos, que (como es el caso de la historia, la religión o la literatura) trascienden el campo de la medicina. Quiero decir con esto que (aunque nació del ejercicio de la medicina y su tarea se ejerce aún hoy predominantemente en ese campo) la aplicación del psicoanálisis a la interpretación de la cultura en cualquiera de sus formas no debe ser considerada como una labor “secundaria” a los fines delimitados de la actividad médica (aunque se trate de aquella actividad médica que se ejerce en el consultorio del psicoanalista). Junto al mencionado enriquecimiento de la significación del psicoanálisis, en el recorrido de las páginas que siguen se dibuja para el médico general una nueva tarea. Esta nueva tarea, más allá del justificado estudio de la relación médico-paciente, tantas veces subrayado, surge de la introducción del sujeto humano entre los elementos que estructuran la teoría científica que denominamos patología.

Dejo ahora al lector con el libro que, una vez terminado, ha comenzado a dejar de ser mío. Mi mayor anhelo es el haber logrado transmitir, junto con su contenido y como vehículo de un pensamiento que me trasciende, por lo menos una parte del placer intelectual que me acompañó todos estos años, en el transcurso de su gestación.

Entre todas aquellas personas a quienes debo agradecimiento, quiero mencionar especialmente a mi mujer, Paula, y a mis hijos, Silvana y Gustavo, por todas las horas-marido y las horas-padre que han donado generosamente durante el largo proceso de su realización, ya que tengo plena conciencia de que son horas que no volverán.

*Buenos Aires, mayo de 1976.*

---

**PRÓLOGO A LA REIMPRESIÓN DE  
LA PRIMERA EDICIÓN DE *CUERPO,*  
*AFECTO Y LENGUAJE***

---

(1977)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1977d) “Prólogo a la reimpresión de la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”.**

## **Ediciones en castellano**

Se publicó sin título en:

*Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1977 (reimpresión de la primera edición), pág. 14.

Se publicó con el título “Prólogo a la segunda edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*” en:

*Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, pág. 17.

El interés que este libro ha suscitado en el lector se ha puesto de manifiesto al agotarse su primera edición apenas transcurridos seis meses desde la fecha de su publicación y en que, a partir de ella, ya se halla en preparación una edición italiana. Una de las razones de que así haya sucedido consista tal vez en que su contenido contribuye a llenar una necesidad que crece velozmente, tanto en el psicoanálisis como en la medicina de nuestra época. La misma necesidad insatisfecha se manifiesta también, de manera dramática, en el hecho de que existen muchos enfermos que no encuentran su médico.

Al prologar esta segunda edición lo hago con el deseo de que el lector de este libro encuentre en sus páginas el estímulo para proseguir su camino hacia el conmovedor horizonte, todavía lejano, que desde aquí se divisa. Al mismo tiempo, me ocupa la impostergable tarea de propiciar un nuevo encuentro con ese lector que no se detiene en su marcha, en algún otro punto del interminable camino.

*Buenos Aires, abril de 1977.*



---

**EL FALSO PRIVILEGIO DEL PADRE  
EN EL COMPLEJO DE EDIPO**

---

(1977)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1977b)** “El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo”.

## Ediciones en castellano

*Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIV, N° 1, APA, Buenos Aires, 1977, págs. 77-86.

L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 83-90.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 87-93.

## Traducción al italiano

“Il falso privilegio del padre nel complesso di Edipo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 87-93.

En trabajos anteriores (Chiozza, 1967a [1966], 1970k [1967-1969]<sup>54</sup>; Chiozza y Wainer, 1973b) sostenemos, apoyándonos en la tarea clínica, el psicoanálisis aplicado y los desarrollos teóricos de otros autores, que tanto el deseo incestuoso como el horror al incesto encubren y representan fantasías más precoces en el desarrollo individual.

Durante la realización de esa tarea se hizo evidente un aspecto del complejo de Edipo (al cual nos referiremos enseguida) cuya importancia reside, sobre todo, en que lleva implícito un modo particular del pensamiento, que se ejerce, de manera inconciente, cotidianamente, en detrimento de sentimientos y actos adecuados a la realidad, en las diferentes formas de la convivencia humana.

Freud afirma que junto al mandato: “Así (como el padre) debes ser”, existe el mandato opuesto: “Así (como el padre) no debes ser, no debes hacer todo lo que él hace, pues hay algo que le está exclusivamente reservado”

---

<sup>54</sup> También en dos trabajos presentados en la Asociación Psicoanalítica Argentina: “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, de 1970, y “Acerca de la relación entre narcisismo e incesto”, de 1974. {El primero de estos trabajos fue incluido como apartado titulado “A manera de síntesis” en “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [III] (Chiozza, 1978b [1970]) y en “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después” (Chiozza, 1984b [1967-1970] –véase *Cuando la envidia es esperanza*, capítulo V de la segunda parte, OC, t. II–. El contenido teórico de “Una contribución al estudio del horror al incesto” (Chiozza, 1967a [1966]) se incluyó, sin el material clínico, en las dos versiones de “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” (Chiozza, 1970k [1967-1969] y 1978b [1970]) y, con el material clínico, en “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después”. Para una lectura completa del contenido de estos trabajos, véase *Cuando la envidia es esperanza* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), parte II, en OC, t. II. }

(Freud, 1923*b*, pág. 19). Lo prohibido en esta formulación, el coito con la madre del sujeto, incluye aparentemente la prohibición de la identificación completa con el padre bajo la fórmula: “Así (como el padre) no debes ser”.

Se configura de este modo lo que Freud denomina una “doble faz del ideal del yo” (Freud, 1923*b*, pág. 19), que, en lo que respecta a la identificación, adquiere el significado de dos mandatos opuestos y contradictorios: “Debes ser como tu padre” y “No debes ser como tu padre”.

Si profundizamos en el estudio de la formulación de Freud, advertimos sin embargo que en realidad no se prohíbe al hijo algo que el padre puede, en cambio, realizar. Es evidente que la misma prohibición puede ser expresada también de otra manera: “Así (como el padre) debes ser, debes hacer todo lo que él hace y *no hacer lo que él no hace*; no debes realizar el coito con tu madre así como él no lo realiza con la suya”.

También aquí lo prohibido es el incesto. También queda excluido el hijo y no su padre del coito con la madre del sujeto. Pero, en esta segunda formulación, la prohibición no comprende a la identificación completa con el padre. Por el contrario, en este caso precisamente *una identificación completa con el padre refuerza la prohibición del coito incestuoso*<sup>55</sup>.

La formulación de Freud, incompleta desde el punto de vista teórico, describe sin embargo una realidad que se observa en la clínica. El niño, y por lo tanto también el neurótico<sup>56</sup>, interpreta que el padre puede realizar el acto que a él se le prohíbe, en la medida en que experimenta el permiso y la prohibición frente a una mujer que, *desde el punto de vista de su presencia material*, aparece como *la misma* para el padre y el hijo.

La capacidad para distinguir en esa mujer dos personas distintas, dos “objetos” (“la madre” y “la esposa”) que derivan del ejercicio de funciones

<sup>55</sup> Juanito, el protagonista de uno de los historiales escritos por Freud (1909*b*), “conocía” esta “posición complementaria” del padre y del hijo frente a la misma mujer cuando, deseando casarse con su madre, soluciona la soledad del padre proponiéndole a él que se case con la suya, abuela de Juanito. Un conocido chiste popular revela un contenido semejante: Un padre que encuentra a su hijo en una actitud “lujuriosa” hacia su abuela paterna, se lo reprocha diciéndole: “cómo te atreves a hacer eso con mi madre”, y el niño le responde: “¿acaso tú no haces lo mismo con la mía?”.

<sup>56</sup> La calificación de “neurótico”, usada en este punto, adquiere un carácter que no es incorrecto como adjetivo de un rasgo o mecanismo, pero sí tal vez excesivo, si lo consideramos en el sentido global que anuncia la palabra “el” que le hemos antepuesto a la manera en que solía hacer Freud. Constituye precisamente el aspecto más digno de mención en todo este desarrollo, el que la fuerza de ese modo de pensar que se nutre de las apariencias sensoriales directas y que opera en primera instancia en cada uno de nosotros, se apodera cotidianamente, al servicio de los deseos inconcientes, de aquellas conclusiones que evitamos someter a un juicio secundario cuidadoso.

diferentes en el triángulo edípico, es *una adquisición* que depende de la posibilidad de construir una realidad interna, en el terreno de la idea, dentro de la cual se entretajan los datos de la percepción sensorial actual con el recuerdo, para estructurar *la imagen de una persona como producto de un vínculo*.

En la medida en que esa capacidad es una adquisición compleja y tardía, resulta especialmente vulnerable a los ataques que, al servicio de las fantasías optativas, *condicionan la regresión* del pensamiento.

En la teoría psicoanalítica encontramos los elementos que nos permiten comprender en alguna medida cómo se integra la capacidad que nos ocupa. Freud (1905*d*) establece que la ausencia del objeto capaz de satisfacer la necesidad engendra a un mismo tiempo el recuerdo y el deseo, cuando el impulso emanado de la necesidad insatisfecha inviste la huella mnémica inconciente de la anterior experiencia de satisfacción.

El objeto materialmente ausente —es decir, el objeto que no excita los signos de cualidad de la conciencia que denotan su presencia sensorial— adquiere así una presencia “ideal” a través del recuerdo y el deseo. Si realizamos un hipotético ordenamiento cronológico, encontramos, en el proceso que acabamos de describir, el primer eslabón en la creación del mundo de la idea.

El segundo paso es mucho más importante y mucho más complejo. A partir de la defensa primaria —que debe su origen a la huella mnémica de la experiencia alucinatoria dolorosa— se adquiere la capacidad de pensar frente a la ausencia material del objeto, utilizando el recurso de invertir con pequeñas cantidades, tentativas, las ideas asociadas con los datos de la percepción sensorial actual, constituyendo otros tantos proyectos de acciones supuestamente eficaces, destinadas a la satisfacción de la necesidad mediante el previo reconocimiento de la identidad de los objetos materialmente presentes. Llegamos así a nuestro conocimiento conciente de dos tipos de presencias y dos mundos: el mundo de la materia y el mundo de la idea. El mundo de los objetos ideales, de este modo constituido, se enriquece debido a una nueva vicisitud de la defensa.

Si pensamos en los términos de un desarrollo arcaico, a los cuales Freud solía recurrir, podemos imaginar un hipotético instante primitivo en el cual la identificación con el padre coincidiera con su incorporación material. Se trataría de una primitiva identidad o coincidencia entre ingestión e introyección. Es posible suponer entonces que la necesidad —surgida de la ambivalencia— de preservar al padre de esta modalidad del amor compatible con la destrucción del objeto (Freud, 1915*c*) conduzca a la disociación del mecanismo de la identificación introyectiva en un aspecto “ideal”, que se realiza con el padre, y un aspecto material que se realiza con el animal (alimento) que configura al principio un tótem, gracias también a que se presta para la realización del deseo primitivo (Freud, 1912-1913).

Una tal disociación eidético-material de la introyección (Chiozza, 1970a; Chiozza y Wainer, 1973b) recibe además un refuerzo en la relación oral secundaria del niño con la madre. La introyección de la madre, primitivamente unida de manera indisoluble a la ingestión de la leche materna durante la etapa oral primaria, se disocia de la incorporación del alimento cuando la aparición de los dientes conduce simultáneamente a la capacidad de infligir un daño al objeto original y a la posibilidad y el deseo de la ingestión de carne.

La percepción sensorial de los objetos, en cuanto constituye una presencia “ideal” de éstos en el mundo interno –aunque se acompañe de los signos de cualidad que denotan su presencia material–, configura una introyección “ideal” de esos objetos, que simboliza y representa el proceso de su incorporación o ingestión material. Puede por lo tanto ser considerada como la repetición inconciente de una conducta arcaica que encontraba su finalidad en un ensayo, tentativo, de ingestión, realizado, como paso intermedio, con el pensamiento, como si fuera el cumplimiento de un deseo aunque sin la descarga de la plena cantidad.

La introyección “ideal” del padre conduce a los desenlaces conocidos: en parte es completamente asimilado en el yo, y en parte contribuye a la formación de la instancia que en el mundo interno conocemos como ideal del yo.

Este último aspecto es el que nos interesa ahora, porque es precisamente este ideal del yo aquel que, como imagen interna del padre, constituye *la figura* frente a la cual aparece la problemática de la identificación a la cual nos referimos<sup>57</sup>.

Si en la constitución de esta imagen ideal participan el pensamiento y el conocimiento de la realidad discriminada en las nociones de espacio y tiempo que posibilitan el reconocimiento de la continuidad de una misma persona en circunstancias diferentes de aparición en la conciencia, el hijo adquiere la noción de que su madre no es “la madre” del padre, e integra esta noción con su deseo edípico.

Es entonces capaz de utilizar de manera instrumental la identificación proyectiva, cuyo “primer eslabón” es endopsíquico (Heimann, 1939), para “ponerse en lugar” del padre y comprender, con ayuda de la historia, que el padre, cuando ha tomado por esposa a la actual madre del hijo, ha renunciado a casarse con su propia madre.

<sup>57</sup> Aquí aparece “el nombre del padre”, constituyente, según el pensamiento de Lacan (Rifflet Lemaire, 1971), del orden simbólico como imperio de la ley y como acceso a la palabra. La relación de este pensamiento con el tema de este trabajo merece un estudio detallado que no podemos emprender ahora, pero debería incluir los interesantes planteos, acerca del orden social y del lenguaje, que fueron realizados por Ortega y Gasset (1948).

De acuerdo con lo que llevamos dicho aquí, la confusión señalada entre *las distintas personas* –designadas como “madre” y “esposa”– *que se manifiestan en la presencia material de una misma mujer*, confusión presente en el hijo cuando interpreta que el padre puede realizar lo que a él le está prohibido, *debe su génesis a la persistencia de un pensamiento primitivo que opera al servicio de una fantasía optativa*<sup>58</sup>.

El carácter irracional de esta forma arcaica del pensamiento permanece encubierto por la evidencia directa de los sentidos que confunde dos “objetos”, dos personas, en una misma presencia material. La percepción sensorial colabora de este modo en la construcción de una apariencia sometida al deseo inconciente de inhabilitar mediante la razón una prohibición odiada.

Las consecuencias que derivan de este ejercicio particular del pensamiento poseen una enorme importancia, tanto en lo que respecta a la constitución de una “opinión pública” inconciente que configura una vigencia social operante, como en el desarrollo de las vicisitudes propias del proceso psicoanalítico durante la ejecución de un tratamiento.

El estudio de este tema merece un amplio desarrollo que escapa a las posibilidades de este trabajo. Es posible sin embargo entrever las líneas y el panorama que se presentan a la investigación.

Si tenemos en cuenta que el padre aparece como el poseedor de un privilegio que no tiene, cuando en realidad es el hijo el que intenta o pretende gozar de ese privilegio, podemos sospechar que esta particular concepción de una injusticia<sup>59</sup>, que se demuestra falsa, en el triángulo edípico, configura el modelo mental primitivo del sentimiento de injusticia frente a algunas características del mundo social que sólo en apariencia son injustas. Genera, además, desde uno u otro rol, y a través de múltiples mecanismos, la realización de efectivas injusticias encubiertas que adquieren plena vigencia.

En lo que respecta a la constitución de la familia a partir de este sentimiento de injusticia, se incrementan la rivalidad edípica y sus vicisitudes, entre las cuales se cuenta un incremento retroactivo de la ansiedad de castración con un refuerzo de la fijación fálica.

<sup>58</sup> Esta confusión no suele darse, por ejemplo, en el caso de la abuela y la suegra, aunque es muy frecuente que estas dos personas distintas coincidan en una misma mujer.

<sup>59</sup> Es imprescindible no confundir, en este punto, el sentido del análisis que emprendemos. No se trata aquí de pronunciarse en favor o en contra de una lucha contra una prohibición instaurada por la sociedad o por la cultura. Se trata de señalar el equívoco trascendente que surge de aducir, como fundamento de la pretensión que esa lucha sostiene, un derecho que emana del haberse ejercitado anteriormente un privilegio, cuando dicho privilegio es sólo una apariencia.

Mencionemos también, por su importancia, que la envidia en el hijo por el goce del padre, valorado erróneamente como si se tratara de la consumación material del incesto<sup>60</sup>, constituye un modelo mental general de los sentimientos envidiosos. La envidia se caracteriza por la proyección, sobre la situación envidiada, de otra situación ideal configurada por el goce que el sujeto que experimenta envidia es capaz de imaginar; goce que no suele coincidir con aquel otro que el sujeto envidiado alcanza.

Por último, señalemos lo que la observación clínica nos muestra: el análisis, en el campo de la transferencia, de los motivos que sostienen esta persistencia del pensamiento primitivo, conduce al paciente hacia la etapa genital secundaria, atempera la rivalidad y la envidia frente al analista, y la transferencia adquiere un matiz nuevo y diferente que podemos denominar fraterno, ya que desde este punto de vista el padre y el hijo comparten como hermanos una misma prohibición impuesta por una evolución que adquiere el nombre de cultura.

<sup>60</sup> Son varios los planteos que confluyen en este punto. Estamos acostumbrados a pensar –en nuestras discutidas extrapolaciones psicoanalíticas al campo de la antropología– en la existencia de un padre primitivo que usufructuaba el privilegio de la consumación material del incesto. Este modo de pensar podría ser considerado *prima facie* como una objeción a las ideas que estamos exponiendo. Para explicar el “sentimiento de injusticia” surgido frente a la prohibición del incesto, ¿no será suficiente con tener en cuenta la proyección (sobre el padre actual) de la imago de un arbitrario padre arcaico que en el pretérito existía efectivamente en el llamado mundo externo? No podemos retomar aquí, como lo hemos hecho en otro lugar (Chiozza, 1984b [1967-1970], cap. V), interesantes cuestiones que plantea el problema del sentido que debe otorgarse a la reconstrucción de una historia obtenida mediante el estudio de la realidad presente en el campo de la experiencia psicoanalítica. La interpretación se nutre de una serie complementaria en uno de cuyos extremos colocamos el suceso desconocido que realmente ocurrió en el mundo externo del pretérito y en el otro la representación que pone en escena, bajo la forma de una sucesión cronológica encubridora, la realidad inconciente que está ocurriendo en el presente. Debemos ocuparnos en cambio de señalar la existencia de una paradoja que importa a la línea fundamental de este trabajo. La idea de un arquipadre primitivo ejercitando la consumación material del incesto forma un conjunto coherente con la afirmación de que la prohibición del incesto marca el pasaje de la naturaleza a la cultura. Pero, ¿es acaso posible el incesto sin la cultura? Dejemos aquí planteada una respuesta que permite profundizar en el sentido que adquiere la pregunta. La consumación material del coito endogámico en la naturaleza no adquiere la fuerza plena del deseo incestuoso ni su significado cabal, en la medida en que la ausencia de la prohibición proviene de la indiscriminación de la “persona” que es el objeto del deseo y el acto. Para que este deseo y este acto adquieran el carácter del incesto es necesario que el objeto haya sido preferido por haber sido reconocido y “personificado” mediante el recuerdo de una historia que es el producto de un vínculo específico.

---

**EL TRECHO DEL DICHO AL HECHO**  
**INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LAS RELACIONES**  
**ENTRE PRESENCIA, TRANSFERENCIA**  
**E HISTORIA**

---

(1977)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1977c) “El trecho del dicho al hecho. Introducción al estudio de las relaciones entre presencia, transferencia e historia”.**

## Ediciones en castellano

*VIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1977, págs. 49-54.

*Eidon*, N° 7, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1977, págs. 57-64 (incluye un resumen).

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 13-18.

## La neuralgia de Dora

Freud afirma que la pretendida neuralgia facial de Dora era un modo de autocastigo, de remordimiento por la bofetada propinada a K y por la transferencia sobre Freud de los sentimientos de venganza extraídos de aquella situación (Freud, 1905e [1901]). Si analizamos a la luz de la metapsicología las afirmaciones implícitas en esta postulación de Freud, nos encontramos con una complicada red de implicaciones teóricas. Una parte de ésta reconstituye lo que en los comienzos del psicoanálisis fue denominado un “complejo”. Vale la pena recorrerla, pausadamente, en varios puntos sucesivos.

1. El dolor en la cara corresponde a una descarga que, en un sentido amplio, tal como lo sostiene Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*, constituye un afecto (Freud, 1926d [1925]; Chiozza, 1975a [1974]).

2. El deseo de castigo se realiza en esta descarga que, como tal, posee el componente de acción motora que corresponde al afecto (Freud, 1915e; Chiozza, 1975a [1974]).

3. El remordimiento es una representación oral utilizada por Freud para referirse a otro afecto, el sentimiento de culpabilidad, que permanece inconciente, como disposición latente (Freud, 1915e), porque se realiza o descarga a través del dolor sustituto gracias a la vinculación preformada, existente como fantasía compleja, entre culpa-castigo-expiación por un lado y castigo-dolor por el otro.

4. La bofetada propinada a K constituye ahora un recuerdo de Freud acerca de algunos conocimientos que le proporcionó el tratamiento de

Dora, y, por lo tanto, una idea reprimida por Dora que proporciona una clave de inervación afectiva (Freud, 1900a [1899]\*; Chiozza, 1975a [1974]) y determina de este modo la localización del dolor. Acabamos así de comprender “por qué precisamente aquí” (Weizsaecker, 1946-1947), en ese lugar del cuerpo y no en otro.

5. Los sentimientos de venganza que Dora experimentó hacia el señor K y que la condujeron a propinarle la bofetada, aparecieron como producto de un complicado desarrollo, cuya descripción exigiría repetir la mayoría de las incidencias consignadas en el historial. Nos basta con señalar que provenían del sufrimiento asociado a la frustración de los deseos de Dora, y que, por lo tanto, esos sentimientos de venganza fueron reprimidos, porque su conciencia se hubiera acompañado de la conciencia displacentera de esos deseos y de esa frustración.

6. Los sentimientos de venganza reprimidos, en lugar de ser recordados durante el tratamiento, fueron “repetidos” de manera inconciente (Freud, 1914g), mediante la transferencia sobre la persona de Freud. Para expresarlo con más claridad, debemos señalar que tales sentimientos inconcientemente adheridos a la figura de K fueron transferidos sobre la representación preconciente de Freud, porque en el momento en que amenazaban hacerse conscientes por obra del tratamiento, Freud era la única persona que estaba allí, es decir, la única persona cuya representación preconciente poseía en ese instante los “signos de realidad objetiva” que diferencian a la percepción del recuerdo (Freud, 1950a [1895]\*, pág. 370; Chiozza, 1970/ [1968]). Sabemos que dicha transferencia fue inmediatamente reprimida y permaneció desde entonces inconciente, ya que Freud comprendió sus vicisitudes cuando Dora ya había abandonado el tratamiento. Esta transferencia inconciente formó parte desde entonces del “complejo” asociativo que estamos describiendo.

7. Las noticias que Dora leyó en el periódico acerca del nombramiento de Freud como profesor (Freud, 1905e [1901]), hecho que debió ser interpretado como auspicioso y placentero para él, reactivaron en Dora los sentimientos de venganza, y con ellos todo el “complejo” agresión-culpa-castigo consiguiente, del cual la “neuralgia facial” es su resultante transaccional. Esta noticia, como factor eficaz específico desencadenante, determina el momento de aparición del dolor. Podemos comprender de este modo “por qué precisamente ahora” (Weizsaecker, 1946-1947) y no antes o después.

8. Mientras que la idea original que constituye el “complejo” permanece inmodificada como actualidad en el inconciente de Dora, el afecto original “desaparece”, es decir, sólo permanece como disposición latente “contenida”

en la idea inconciente (Chiozza, 1975*d*, 1975*a* [1974]) y queda totalmente sustituido o derivado por su transformación actual en la neuralgia facial.

9. El dolor facial penetra en la conciencia de Dora asociado a ideas preconcientes distintas (Chiozza, 1974*c*) (“neuralgia”, tal vez “*a frigore*”, traumática, infecciosa, etc.) de la idea inconciente original, pero tales ideas son derivados más o menos lejanos de dicha idea inconciente que se constituyen mediante la transferencia de los impulsos reprimidos sobre distintas representaciones preconcientes. Son derivados lo suficientemente “cercanos”, o específicos, como para satisfacer la descarga, y suficientemente lejanos como para mantener reprimido al “contenido” del complejo original.

10. También en el preconciente de Freud determinadas representaciones reciben la transferencia (contratransferencia) de ideas inconcientes distintas que continúan reprimidas y son reactivadas mediante su contacto con Dora y con la transferencia que ella realiza (Chiozza, 1970*l* [1968]). Por ejemplo, Freud recuerda de pronto las noticias del periódico y “se le ocurre” que Dora debe haberlas leído. A partir de esta ocurrencia completa su interpretación de la neuralgia.

11. Las ideas que permanecen inconcientes en Freud, y que fueron reactivadas por el contacto con Dora, constituyen el “receptor” inconciente con el cual se capta lo inconciente del paciente (Freud, 1912*e*), o “el arpa” que resuena de manera acorde con él (Racker, 1960). Vemos, por ejemplo, porque el mismo Freud lo consigna, que ante la neuralgia de Dora Freud “no puede reprimir una sonrisa” (Freud, 1905*e* [1901]), y no es aventurado suponer que esta sonrisa de Freud se halla sostenida, desde lo inconciente, por la reactivación de la satisfacción que el niño experimenta frente al pecho gratificante, en la relajación de las mejillas que sobreviene después de haber mamado. Si prosiguiéramos con este análisis, veríamos que Freud intenta reprimir esta sonrisa por los sentimientos de culpa que experimenta frente a su satisfacción, porque inconcientemente la equipara con el triunfo y con su propia venganza ante el abandono de Dora. Encontramos que el contacto con Dora reactiva en Freud un “complejo” asociativo similar al de Dora.

12. Es a través de la asociación preconciente con estos derivados que surge la interpretación en el sistema conciente-preconciente de Freud, acerca de la situación de Dora (Chiozza y colab., 1966*b*).

13. De más está decir que tal interpretación no constituye un producto de “la deducción a partir de la contratransferencia”, ni creemos que lo ideal sea el que durante el trabajo psicoanalítico suceda de ese modo, sino como producto espontáneo de una labor que se realiza de manera inconciente (Chiozza y colab., 1966*b*).

14. La organización conceptual que, acerca de la situación de Dora, detallamos, pertenece al sistema conciente-preconciente de Freud, y constituye un descubrimiento acerca de Dora que puede ser “contagiado” a esta última mediante la comunicación verbal. Esto equivale a decir que la comunicación verbal que denominamos interpretación tiende a vencer la represión, a modificar la transferencia y la descarga afectiva, puesto que el hacer verdaderamente partícipe a Dora del descubrimiento de Freud sólo puede ser realizado a través de dichos procesos.

15. Si admitimos que la transferencia de Dora codetermina la contra-transferencia de Freud, debemos admitir ahora que un cambio en la contra-transferencia de Freud tenderá a modificar la transferencia de Dora mediante un proceso análogo, y que esta modificación actuará sobre la represión y la descarga afectiva. Este proceso se produce a través de la influencia directa que trasciende a la interpretación verbal aunque no la sustituye. La palabra tampoco puede sustituir por sí sola a esta influencia que constituye la esencia de la terapéutica (Chiozza, 1970/ [1968]). Sin embargo, el campo de acción del pensamiento verbal se demuestra privilegiado en su eficacia para la mutación de la contratransferencia (Chiozza, 1970/ [1968], 1972b).

## Entre el hacer y el decir

En la complicada red de nociones teóricas implícitas en la afirmación de Freud con la cual comenzamos nuestro trabajo, hemos ido recorriendo una línea conceptual de manera similar a como marcamos con un lápiz un determinado trayecto en el dibujo de un laberinto. Trataremos de ver ahora cuáles son los puntos que reclaman nuestra atención en la contemplación panorámica de ese trayecto.

1. El dolor es el producto de una idea inconciente o clave de inervación que constituye la “puerta de entrada” al suceso que se registra como somático. Esta afirmación queda avalada por lo que Freud establece acerca del mecanismo de producción de los fenómenos histéricos (Freud y Breuer, 1895d).

2. En esta clave de inervación inconciente participan un suceso que se realizó como acto materialmente ejecutado y sensorialmente percibido (la bofetada que explica la localización) y otro suceso que se realizó en el terreno de la idea sobre la representación preconciente que Dora poseía acerca de Freud y fue vivenciado (la transferencia que explica el momento de aparición).

3. Surge con claridad de lo anterior, dado que la transferencia participa en la producción del síntoma, que la transferencia también se manifiesta en los síntomas y no sólo a través del lenguaje.

4. Afirmado esto mismo desde otro ángulo, diremos que si bien todo lenguaje verbal, en cuanto constituye una carga de representaciones preconcientes a partir de representaciones inconcientes, es transferencia, no toda transferencia se realiza o manifiesta como lenguaje verbal. Es claro que podría afirmarse que esta transferencia fue en su origen realizada sobre una representación cuyo epifenómeno se hallaba constituido por la palabra “Freud”, pero veamos a qué nos conduce una nueva contemplación del panorama.

En todo el desarrollo teórico freudiano se halla implícita o explícita la existencia de dos realidades: una sensorialmente percibida, a la cual pertenecen las nociones de acto, descarga, materia y cosa, y la otra, vivenciada, a la cual pertenecen las nociones del recuerdo, afecto, idea y significado (Chiozza, 1976j). Existe por lo tanto una presencia-en-absencia de la cualidad sensorial. La presencia en el recuerdo, la de la imagen, la representación, el símbolo o la palabra que, como es el caso de “pan”, por ejemplo, evoca, alude, conjura o determina la presencia sensorial de la cosa comestible, mientras que permanece ella, en sí misma, incomedible.

La capacidad que posee el psicoanálisis (y no sólo el psicoanálisis sino también el espíritu humano en su conjunto) para cambiar la realidad material, no depende solamente de la posibilidad de materializar las ideas sino también de la posibilidad de “idealizar” a la materia.

El mundo de las ideas, que es el mundo del valor, de la importancia y del significado, es también el mundo de la historia y de la palabra. (Siempre que aclaremos que no entendemos por historia una multitud de sucesos ordenados en una secuencia que depende del “tiempo físico objetivo” –Chiozza, 1976j–.)

Durante el proceso del tratamiento psicoanalítico, el hecho se transforma en dicho y así se hace posible que una nueva manera de decir se constituya en un cambio de los hechos. Cabe subrayar ahora que toda la teoría se apoya sin lugar a dudas en la posibilidad de distinguir entre el decir y el hacer. Tal como lo señala la sabiduría popular, cuando afirma que “del dicho al hecho hay mucho trecho”.

Pero ese trecho tan fundamental entre la cosa material concreta y la palabra, como para que sobre él se edifiquen la cultura y el mundo de lo humano, no es un espacio vacío. Es evidente de que todo decir es un hacer y todo hacer inevitablemente compromete un significado y por lo tanto se constituye en un decir. Junto al intrincado retículo que así se constituye,

existe la inmensa significación de que el trecho que media entre el dicho y el hecho se halla habitado por innumerables y mal conocidas instancias. Instancias tales son las representaciones de cosas (Freud, 1915*e*), los restos mnémicos de distintas percepciones (Freud, 1923*b*) o el mundo de objetos que constituye la interioridad estudiada por la psicología en el universo zoológico de otros seres animados (Uexküll, 1934).

Todas esas instancias configuran la sustancia vital del fenómeno que denominamos transferencia y la rica y multiforme matriz del lenguaje, ante cuya pérdida la palabra es vacía y frente a cuyo desconocimiento teórico la terapéutica psicoanalítica resulta desaprensivamente mutilada. No sólo se trata de una mutilación en su ejercicio presente, sino también en el desarrollo de sus posibilidades futuras de intervención en lo somático esclareciendo los símbolos y las representaciones que no alcanzan la plenitud de la palabra y constituyen sin embargo otras formas de comunicación e influencia.

## Resumen

*Eidon*, Nº 7, CIMP-Paidós, Buenos Aires, pág. 64.

En el presente trabajo, a partir de la interpretación que Freud realiza acerca de la neuralgia facial de Dora, se estudian las implicancias teóricas de la interpretación psicoanalítica. Luego de realizar las consideraciones metapsicológicas pertinentes se introduce la cuestión de que el espacio que media entre el decir y el hacer, clave en la fundamentación de la teoría de la técnica, no es un espacio vacío, sino que, por el contrario, se halla habitado por instancias mal conocidas tales como las representaciones de cosa, los restos mnémicos de distintas percepciones y el mundo de los objetos que forma parte de la interioridad de los seres animados que constituyen el universo zoológico. Son estas instancias, sin la presencia de las cuales la palabra se vacía, las que constituyen a un mismo tiempo la sustancia vital de la transferencia y la puerta de entrada a la intervención psicoanalítica en los fenómenos que denominamos somáticos. Instancias simbólicas o representativas que, aunque no alcanzan el grado de elaboración de la palabra, constituyen sin embargo modos de comunicación y de influencia que es necesario estudiar en las estructuras ajenas al campo de acción del lenguaje verbal, para poder comprender su intervención en la cualidad de plenitud que puede presentarse o faltar en lo dicho con palabras.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, Karl (1909) “Sueños y mitos”, en *Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría*, Hormé, Buenos Aires, 1961, págs. 145-198.
- ABRAHAM, Karl (1911) “Sobre la exploración y el tratamiento psicoanalítico de las psicosis maníaco-depresivas y estados análogos”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. III, N° 2, APA, Buenos Aires, 1945, págs. 314-331.
- ÁLVAREZ de TOLEDO, Luisa (1956) “El análisis del ‘asociar’, del ‘interpretar’ y de ‘las palabras’”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIII, N° 4, APA, Buenos Aires, 1956, págs. 503-506.
- BARILARI, Mariano (1952) *El problema psicósomático en los enfermos con colitis ulcerosa grave*, La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, 1952.
- BARNETT, Lincoln (1948) *El universo y doctor Einstein*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957 (2ª edición revisada).
- BATESON, Gregory (1948-1969) “Metálogos”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 27-84.
- BATESON, Gregory (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976.
- BATESON, Gregory (1979) *Espíritu y naturaleza*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1981.
- BERENSTEIN, Clarence y SAUL, León (1941) “The emotional setting of some attacks of urticaria”, en *Psychosomatic Medicine*, vol. 3, N° 349, 1941 (resumen en A. Rascovsky, Á. Garma y otros, *Patología psicósomática*, APA, Buenos Aires, 1948)
- BLEGER, José (1969) *Psicología de la conducta*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1969.

- BORGES, Jorge Luis (1957a) "Las ruinas circulares", en *Obras completas*, Emecé, Buenos Aires, 1957.
- BORGES, Jorge Luis (1957b) *Manual de zoología fantástica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1957
- BOUSOÑO, Carlos (1950) *La poesía de Vicente Aleixandre*, Gredos, Madrid, 1956.
- BULFINCH, Thomas (1951) *La edad del mito*, Emecé, Buenos Aires, 1951.
- CANTEROS, Noemí (1975) "Reflexiones acerca del método de investigación de las representaciones somáticas en psicoanálisis", en *Eidon*, N° 4, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 45-50.
- CASSIRER, Ernest (1923-1929) *Filosofía de las formas simbólicas*, Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
- CEDERNA, Camilla (1964) *Ocho y medio de Fellini*, Seix-Barral, Barcelona, 1964.
- CESIO, Fidas (1960a) "I. El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 1, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 58-75.
- CESIO, Fidas (1960b) "II. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 3, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 289-298.
- CESIO, Fidas (1962b) "La disociación y el letargo en la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIX, N° 1-2, APA, Buenos Aires, 1962, págs. 20-25.
- CESIO, Fidas (1964) "El letargo. Una reacción a la pérdida de objeto. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXI, N° 1, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 19-27; y en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 41-51.
- CESIO, Fidas (1965b) "Sobre técnica psicoanalítica. La interpretación en el aquí y ahora. Valoración de esta formulación conceptual fundada en las ideas de Freud sobre la atemporalidad de lo inconciente", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXIII, N° 2, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 149-160; en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 235-248.
- CESIO, Fidas (1974a) "El psicoanálisis y lo psicósomático", en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, págs. 11-24.

- CESIO, Fideas y colab. (1964b) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Alberto Chab, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares) “La negación y la omnipotencia (‘manía’) en la interpretación”, en *Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, t. I, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 5-14; Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 74-82; AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 193-203, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. VIII}
- CESIO, Fideas y colab. (1968) (Colaboradores.: J. Abuchaem, A. Cagnoni, T. S. de Fundia, J. Marotta, C. Martínez, J. Martínez, R. Piedimonte, J. Saínz, L. Storni y M. Tractenberg) “Lupus eritematoso sistémico. Una investigación psicósomática. Comunicación preliminar”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 465-490.
- CESIO, Fideas y colab. (1970c [1963]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Luis Chiozza, Gilda S. de Foks, Julio Granel y Juan Olivares) “Psicoanálisis del antijudaísmo. El antijudaísmo tal como aparece en la práctica psicoanalítica”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 61-77, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; *Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995. {OC, t. III}
- CHARON, Jean (1977) *L'esprit, cet inconnu*, Albin Michel, París, 1977.
- CHIOZZA, Luis (1963a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar*, Luro, Buenos Aires, 1963. {El contenido de esta comunicación fue incluido en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1963b) *Cuando la envidia es esperanza. Regresión a lo prenatal ante la pérdida de objeto, manifestándose como letargo, somatización y simbiosis. Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalítico*, Impresiones Norpa, Buenos Aires, 1963. Con el título “Cuando la envidia es esperanza. Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalítico”, se incluyó en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 297-398, como capítulo VI; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras*

- completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-98, como primera parte. Las ediciones en el CD-ROM incluyen un “Resumen” escrito por los editores de la *Revista Mexicana de Psicología*, publicado en el vol. II, N° 8, Ediciones Pax, Guadalajara. {OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1964a) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [I], en *Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, t. II, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 247-260. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1966a [1964]) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [II], en Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 96-105; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1967a [1966]) “Una contribución al estudio del horror al incesto”, edición del autor, Buenos Aires, 1967. {Este trabajo se incluyó en “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después” (Chiozza, 1984b [1967-1970]), segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II.}
- CHIOZZA, Luis (1968a) “Fundamentos y propósitos del CIMP”, en *Periódico Informativo*, año 1, N° 1, CIMP, Buenos Aires, 1968, págs. 1-3. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1969a) “La enfermedad en nuestro tiempo”, en *Periódico Informativo*, año 2, N° 1, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 1-4. {El contenido de este artículo se incluyó el apartado 1.b del capítulo III de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (1970a), OC, t. I, y en “Los cambios en la noción de enfermedad” (Chiozza, 1976b [1968-1969-1970]), OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970. Reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. {OC, t. I}
- CHIOZZA, Luis (1970f [1964-1966]) “Psicoanálisis de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 39-82, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. Se publicó con el título “Introducción al estudio psicoanalítico de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos

Aires, 1984, págs. 45-86; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 35-64. En italiano se publicó con el título “Introduzione allo studio psicoanalitico dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 43-76. {Capítulo I de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1970g [1966]) “El significado del hígado en el mito de Prometeo” [I], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 83-147, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 87-150; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 65-111. En italiano se publicó con el título “Il significato del fegato nel mito di Prometeo”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 77-133. {Los dos primeros apartados de este artículo se publicaron con el título “El significado del hígado en el mito de Prometeo” [II] (Chiozza, 1970h [1966]) y el tercer apartado se publicó con el título “Enfermedad hepática y creación en el mito de Prometeo” (Chiozza, 1970i [1966]).} {Capítulo II de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1970h [1966]) “El significado del hígado en el mito de Prometeo” [II], en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 361-368 y 370-383, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

CHIOZZA, Luis (1970i [1966]) “Enfermedad hepática y creación en el mito de Prometeo”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 385-412, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975.

CHIOZZA, Luis (1970k [1967-1969]) “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I], en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 413-448, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975. {Este artículo incluye el contenido teórico, sin el material clínico, de “Una contribución al estudio del horror al incesto” (Chiozza, 1967a [1966]). Se incluyó en “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [II] (Chiozza, 1978b [1970]), junto con “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, de 1970, bajo el título “A manera

de síntesis”. Con la articulación clínica, el contenido de estos textos puede leerse en la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza* (Chiozza, 1998a [1963-1984], OC, t. II.)

CHIOZZA, Luis (1970l [1968]) “El qué-hacer con el enfermo”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 491-502, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 149-157; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, 389-401; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 45-54. En italiano se publicó con el título “Il che-fare con il malato”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 220-232. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis (1970m [1968]) “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 503-523, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 159-175; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 403-425; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-73. En italiano se publicó con el título “Speculazioni su una quarta dimensione in medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 233-254. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis (1970n [1968]) “La interioridad de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 149-222, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 151-218; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 113-163. En italiano se publicó con el título

- “l’interiorità dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 135-195. {Capítulo III de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970q) “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje”, en *Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. I, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 25-31; *Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 69-76 (incluye un resumen); L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 67-72; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 117-124; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98. En italiano se publicó con el título “Appunti su fantasia, materia e linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 115-122. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1970r) “La investigación en medicina psicosomática”, en *Periódico Informativo*, año 3, Nº 1, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 1-3. {Casi todo el contenido de este artículo se incluyó en “Los cambios en la noción de enfermedad” (1976b [1968-1969-1970]), OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1970s) “Nota editorial”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 9-10, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975. {Con el título “Nota editorial de *Un estudio del hombre que padece*”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1970t) “Sobre la orientación de nuestro periódico”, en *Periódico Informativo*, año 3, Nº 2, CIMP, Buenos Aires, 1970, pág. 1. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1971a) “El significado de la enfermedad”, en *Periódico Informativo*, año 4, Nº 1, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 3-7; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 33-35; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 59-62; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 47-50. En italiano se publicó con el título “Il significato della malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore,

- Turín, 1981, págs. 69-72. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1971*b*) “La interioridad de lo inconciente”, en *Periódico Informativo*, año 4, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 15-19; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1972*a*) “Apuntes para una metapsicología del conocimiento médico”, en *IV Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1972, págs. 31-36. Se publicó con el título “Apuntes sobre metapsicología”, en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 53-61; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 95-101; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 187-196; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 181-188. En italiano se publicó con el título “Appunti sulla metapsicologia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 152-160. {Con el título “Apuntes sobre metapsicología”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1972*b*) “Comentario al artículo de Joel Zac acerca de cómo se originan las interpretaciones en el analista”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXIX, N° 2, APA, Buenos Aires, 1972, págs. 236-244; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1972*c*) “La causa y el porqué de la enfermedad” [I], en *Periódico Informativo*, año 5, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1972, págs. 12-16. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1974*a* [1972]) “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I], en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 25-42; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 103-116; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 197-215; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza,

- Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203. En italiano se publicó con el título “Conoscenza e atto in medicina psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 161-179. {Se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [II] (Chiozza, 1998u [1974-1976]).} {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1974b) “Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXI, N° 1 y 2, APA, Buenos Aires, 1974, págs. 107-140; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 47-66; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 87-116; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 69-91. En italiano se publicó con el título “Studio psicoanalitico delle fantasie epatiche”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 86-114. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1974c) “La interpretación del material” [I], en *VI Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1974, págs. 37-43; *Eidon*, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 37-45. {Una versión de este artículo se incluyó como primer apartado de “La interpretación del material” [II] (Chiozza, 1983b [1974-1975]) y “La interpretación del material” [III] (Chiozza, 1998i [1974-1975]).} {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1975a [1974]) “Corpo, afeto e linguagem”, en *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 9, N° 243, San Pablo, 1975, págs. 243-257. {Con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1975b) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I], en *Encuentro Argentino-Brasileño. “Contribuciones psicoanalíticas a la medicina psicosomática”*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1975, págs. 25-30. {El contenido del artículo se incluyó como apartados primero y tercero de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1976e [1974-1975]). El apartado II se incluyó como segundo apartado de “La interpretación del material” [II] (Chiozza, 1983b [1974-1975]). El contenido del artículo se incluyó como apartados primero y tercero de “La interpretación del material ‘somático’” (Chiozza, 1987c [1974-1975]). El apartado II se incluyó como tercer apartado de “La interpretación del

- material” [III] (Chiozza, 1998i [1974-1975]).} {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1975c) “La enfermedad de los afectos”, en *VII Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83; *Eidon*, N° 5, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 69-75; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 139-145; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 245-253; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-234. En italiano se publicó con el título “La malattia degli affetti”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 208-218. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1975d) “Nota editorial”, en *Eidon*, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 7-13; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Este artículo se publicó con el título “Los afectos inconcientes” [II] (Chiozza, 1997e [1975-1976]), con el agregado de un trabajo titulado “La transformación del afecto en lenguaje” (Chiozza, 1976h [1975]) a modo de apéndice. Una versión reducida del artículo se publicó como apartado segundo de “La interpretación del material” [III] (Chiozza, 1998i [1974-1975]).} {Con el título “Los afectos inconcientes”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1976b [1968-1969-1970]) “Los cambios en la noción de enfermedad”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 29-32. Con el agregado de un apéndice, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 53-58; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 41-46. En italiano, sin el apéndice, se publicó con el título “I cambianti nella nozione di malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 64-68. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1976c [1971]) “Las fantasías específicas en la investigación psicosomática”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Bue-

nos Aires, 1976/1977, págs. 73-80. Se publicó con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 125-136; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-107. En italiano se publicó con el título “Le fantasie specifiche nella ricerca psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 123-133. {Con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en OC, t. III.}

CHIOZZA, Luis (1976e [1974-1975]) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 125-138; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 227-244; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 205-218. En italiano se publicó con el título “La conoscenza psicoanalitica della malattia somatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 190-207.

CHIOZZA, Luis (1976f [1975]) “El psicoanálisis y la medicina”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 17-21; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 37-42; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 13-20; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 25-31; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 13-18. En italiano se publicó con el título “La psicoanalisi e la medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 50-55; y en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 17-24. {OC, t. III}

- CHIOZZA, Luis (1976g [1975]) “La causa y el porqué de la enfermedad” [III], en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 37-44; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó con el título “La causa e il perché della malattia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 73-83. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1976h [1975]) “La transformación del afecto en lenguaje”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 117-123; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 217-226; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 219-226. En italiano se publicó con el título “La trasformazione dell’affetto in linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 180-189. {El contenido de este artículo corresponde al apartado segundo y parte del tercero de “Corpo, afecto e linguagem” (Chiozza, 1975a [1974]), publicado con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1976i) “Comentario al artículo de Mauricio Abadi ‘Meditación sobre el Edipo’”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIII, N° 2, APA, Buenos Aires, 1976, págs. 258-261; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1976j) “Prólogo y epílogo” de L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 7-14. Se publicó con el título “Prólogo y epílogo a la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”, en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 19-29; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-21. {Con el título “Prólogo y epílogo a la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”, en OC, t. III.}

- CHIOZZA, Luis (1977a [1975]) “La deformación de los afectos y su resignificación mediante la interpretación psicoanalítica”, en *VIII Congreso Interno y XVIII Simposium. El afecto. Su estudio psicoanalítico*, APA, Buenos Aires, 1977, s/pág.
- CHIOZZA, Luis (1977b) “El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIV, N° 1, APA, Buenos Aires, 1977, págs. 77-86; L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 83-90; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 87-93. En italiano se publicó con el título “Il falso privilegio del padre nel complesso di Edipo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 87-93. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1977c) “El trecho del dicho al hecho. Introducción al estudio de las relaciones entre presencia, transferencia e historia”, en *VIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1977, págs. 49-54; *Eidon*, N° 7, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1977, págs. 57-64; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 13-18. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1977d) Prólogo (sin título) de la reimpresión de *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1977 (reimpresión de la primera edición), pág. 14. Se publicó con el título “Prólogo a la segunda edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, pág. 17. {Con el título “Prólogo a la reimpresión de la primera edición de *Cuerpo, afecto y lenguaje*”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1978b [1970]) “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [II], en L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 25-73; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial Buenos Aires, 2001, págs. 81-123. En italiano se publicó con el título “Il contenuto latente dell’orrore dell’incesto e la sua relazione con il cancro”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 33-77. {Reúne “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I] (Chiozza, 1970k [1967-1969]) y “Una hipótesis sobre la génesis

- del incesto consumado”, de 1970, bajo el título “A manera de síntesis”. Ambos trabajos, articulados a material clínico, constituyen la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II. }
- CHIOZZA, Luis (1980a) *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980.
- CHIOZZA, Luis (1980b [1975-1980]) “Diferencias entre la explicación de la causa y la comprensión del sentido de la enfermedad”, en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 63-83; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 51-65.
- CHIOZZA, Luis (1980f) “Corazón, hígado y cerebro. Introducción esquemática a la comprensión de un trilema”, en *XI Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicósomática*, CIMP, Buenos Aires, 1980, págs. 128-136; *Eidon*, N° 12, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 65-76; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 103-113. Con un apéndice, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 363-374; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 111-122 (en esta edición, el texto del apéndice se incluyó en una nota al pie). {OC, t. IV }
- CHIOZZA, Luis (1983b [1974-1975]) “La interpretación del material” [II], L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 197-207; *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 1, Borla, Roma, 1984, págs. 155-163; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.
- CHIOZZA, Luis (1984b [1967-1970]) “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 399-501; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de*

*un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-188, como segunda parte. {OC, t. II}

CHIOZZA, Luis (1987c [1974-1975]) “La interpretación del material ‘somático’”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLIV, N° 5, segunda parte, APA, Buenos Aires, págs. 989-1001.

CHIOZZA, Luis (1995d [1963]) “Método, límites y contenido del presente trabajo”, capítulo 1 de L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a), se publicó independientemente por primera vez en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. I}

CHIOZZA, Luis (1995o [1984]) “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática”, apartado segundo de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]), se publicó independientemente por primera vez en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicosomática’”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 167-177. {Con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicosomática’”, en OC, t. V.}

CHIOZZA, Luis (1995K) “El Centro de Consulta Médica Weizsaecker”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 35-53; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 33-51. En italiano se publicó con el título “Il ‘Centro de Consulta Médica Weizsäcker’”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, Italia, 1995, págs. 39-55. {Con el título “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”, en OC, t. VI.}

CHIOZZA, Luis (1997e [1975-1976]) “Los afectos inconcientes” [II], en L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, sida, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza

- Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 21-31. {Este artículo reúne la “Nota editorial” de *Eidon*, N° 3 (Chiozza, 1975*d*), y un apéndice titulado “La transformación del afecto en lenguaje”, que corresponde al segundo apartado de “Cuerpo, afecto y lenguaje” (Chiozza, 1975*a* [1974]).}
- CHIOZZA, Luis (1998*a* [1963-1984]) *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998. Primera edición. {OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1998*i* [1974-1975]) “La interpretación del material” [III], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 97-109. {Este trabajo reúne, como primer apartado, una versión modificada y reducida de “La interpretación del material” [I] (Chiozza, 1974*c*); como segundo apartado, la “Nota editorial” de *Eidon*, N° 3 (Chiozza, 1975*d*); como tercer apartado, el apartado II de “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1976*e* [1974-1975]).}
- CHIOZZA, Luis (1998*u* [1974-1976]) “Conocimiento y acto en medicina psicósomática” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 75-94.
- CHIOZZA, Luis (2007*a* [1986-1997-2007]) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2007. Quinta edición argentina ampliada. Primera edición por Libros del Zorzal. {OC, t. XIV}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1966*b*) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “El uso del pensamiento lógico en la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia”, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, t. VIII, N° 3, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1966, págs. 223-229 (incluye un resumen); AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 345-352, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 283-289 (incluye un apéndice); *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995 (incluye el mismo apéndice); *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996 (incluye el mismo apéndice); L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 39-44. En italiano se publicó con el título “L’uso del pensiero logico nell’interpretazione posto al servizio della controresistenza”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte*

*psicoanalítica*, Borla, Roma, 1987, págs. 25-29. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1966e) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”, en *II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos*, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 210-232 (incluye un resumen); AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 271-290, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 257-282; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 19-38. En italiano se publicó con el título “Studio e sviluppo di alcuni concetti di Freud sull’interpretazione”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 7-24. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1969b) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “La interioridad de los medicamentos”, en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 139-145; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 81-86; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 153-160. Con un apéndice A y un apéndice B, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 167-176; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano, sin los apéndices, se publicó con el título “L’interiorità dei medicinali”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 134-141. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis y colab. (1969c) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Opio” [I], en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 146-152; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 87-92; L. Chiozza,

*Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 177-184; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-166. En italiano se publicó con el título “Oppio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 142-149. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis y colab. (1970p [1968]) (Colaboradores: Catalina Califano, Edgardo Korovsky, Ricardo Malfé, Diana Turjanski y Gerardo Wainer) “Una idea de la lágrima”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 525-549, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 137-165; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 109-133. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis y colab. (1984c [1969-1983]) “Opio” [II], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 263-296. {Este artículo reúne los siguientes trabajos: “La interioridad de los medicamentos” como primer apartado (Chiozza y colab., 1969b); “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática” como segundo apartado, publicado más tarde independientemente (Chiozza, 1995o [1984]), y “Opio” [I] como tercer apartado (Chiozza y colab., 1969c).}

CHIOZZA, Luis y WAINER, Gerardo (1973b) “El incesto y la homosexualidad como diferentes desenlaces del narcisismo”, en *V Simposio de Medicina Psicosomática* (Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), CIMP, Buenos Aires, 1973, págs. 32-38; *Eidon*, N° 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 77-85 (incluye un resumen); L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 75-81; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires,

- 2001, págs. 125-131. En italiano se publicó con el título “L’incesto e l’omosessualità come differenti sbocchi del narcisismo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 79-85. {OC, t. III}
- CHRISTENSEN, N. E. (1968) *Sobre la naturaleza del significado*, Labor, Barcelona, 1968.
- CLARKE, Arthur (1964) “Mente y materia”, en *Minotauro*, N° 1, Minotauro, Buenos Aires, 1964.
- COROMINAS, Joan (1961) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1961.
- CROMMELYNCK, Fernand (1920) *El estupendo cornudo*, Quetzal, Buenos Aires, 1958.
- DEWDNEY, A. K. (1984) *The Planiverse*, McClelland & Stewart, Toronto, 1984.
- DUMAS, Georges (1933a) *Nuevo tratado de psicología*, t. III, Kapelusz, Buenos Aires, 1950.
- DUPRAT, Henri (1948) *Traité de matière médicale homéopathique*, Balliere et Fils, París, 1948.
- ERNOUT, A. y MEILLET, A. (1959) *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Klincksieck, París, 1959.
- ESQUILO (s/f) *Prometeo encadenado*, en *Tragedias*, Iberia, Barcelona, 1965.
- ETCHEGOYEN, Ricardo (1960) “Comentarios sobre el análisis de un psicópata”, presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, abril de 1960.
- FERRARI HARDOY, Guillermo (1948) “Estudio psicoanalítico de la coriza”, en A. Rascovsky, Á. Garma y otros, *Patología psicosomática*, APA, Buenos Aires, 1948.
- FERRATER MORA, José (1965) *Diccionario de filosofía*, Sudamericana, Buenos Aires, 1965.
- FREUD, Sigmund *Obras completas*, Biblioteca Nueva (BN), Madrid, 1967-1968, 3 tomos.
- FREUD, Sigmund\* *Obras completas*, Amorrortu editores (AE), Buenos Aires, 1976-1985, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund\*\* FREUD, Sigmund, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works* (SE), The Hogarth Press, Londres, 1953-1974, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]) *La interpretación de los sueños*, BN, t. I, págs. 231-584.

- FREUD, Sigmund (1900a [1899]\*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1905a [1904]) “Sobre psicoterapia”, BN, t. II, págs. 396-401.
- FREUD, Sigmund (1905d) *Una teoría sexual*, BN, t. I, págs. 771-824. Título desde la edición de BN de 1972: *Tres ensayos para una teoría sexual*.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]) “Análisis fragmentario de una histeria (Caso ‘Dora’)”, BN, t. II, págs. 601-657.
- FREUD, Sigmund (1908a) “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”, BN, t. I, págs. 954-958.
- FREUD, Sigmund (1908b) “El carácter y el erotismo anal”, BN, t. I, págs. 958-960.
- FREUD, Sigmund (1909a [1908]) “Generalidades sobre el ataque histérico”, BN, t. I, págs. 960-962.
- FREUD, Sigmund (1909b) “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso ‘Juanito’)”, BN, t. II, págs. 651-715.
- FREUD, Sigmund (1910d) “El porvenir de la terapia psicoanalítica”, BN, t. II, págs. 402-407.
- FREUD, Sigmund (1910i) “Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión”, BN, t. I, págs. 982-985.
- FREUD, Sigmund (1911b) “Los dos principios del funcionamiento mental”, BN, t. II, págs. 495-498.
- FREUD, Sigmund (1912e) “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico”, BN, t. II, págs. 418-423.
- FREUD, Sigmund (1912-1913) *Tótem y tabú*, BN, t. II, págs. 511-599.
- FREUD, Sigmund (1913i) “La disposición a la neurosis obsesiva”, BN, t. I, págs. 989-994.
- FREUD, Sigmund (1914c) “Introducción al narcisismo”, BN, t. I, págs. 1083-1096.
- FREUD, Sigmund (1914g) “Recuerdo, repetición y elaboración”, BN, t. II, págs. 437-442.
- FREUD, Sigmund (1915c) “Los instintos y sus destinos”, BN, t. I, págs. 1033-1045.
- FREUD, Sigmund (1915e) “Lo inconsciente”, BN, t. I, págs. 1051-1068.
- FREUD, Sigmund (1916d) “Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica”, BN, t. II, págs. 1082-1094.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]) *Introducción al psicoanálisis*,

- BN, t. II, págs. 151-392. Título desde la edición de BN de 1972: *Lec-  
ciones introductorias al psicoanálisis*.
- FREUD, Sigmund (1917e [1915]) “La aflicción y la melancolía”, BN, t. I,  
págs. 1075-1082. Título desde la edición de BN de 1972: “Duelo y  
melancolía”.
- FREUD, Sigmund (1918b [1914]) “Historia de una neurosis infantil (Caso del  
‘Hombre de los Lobos’)”, BN, t. II, págs. 785-841.
- FREUD, Sigmund (1919h\*) “Lo ominoso”, AE, t. XVII, págs. 215-251.
- FREUD, Sigmund (1920g) *Más allá del principio del placer*, BN, t. I, págs.  
1097-1125.
- FREUD, Sigmund (1922b [1921]) “Sobre algunos mecanismos neuróti-  
cos en los celos, la paranoia y la homosexualidad”, BN, t. I, págs.  
1018-1023.
- FREUD, Sigmund (1923b) *El yo y el ello*, BN, t. II, págs. 9-30.
- FREUD, Sigmund (1924c) “El problema económico del masoquismo”, BN, t.  
I, págs. 1023-1029.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*, BN, t. II,  
págs. 31-71.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]\*\*) *Inhibitions, symptoms and anxiety*,  
SE, t. XX.
- FREUD, Sigmund (1927d) “El humor”, BN, t. III, págs. 510-514.
- FREUD, Sigmund (1932a [1931]) “Sobre la conquista del fuego”, BN, t. III,  
págs. 67-71.
- FREUD, Sigmund (1933a [1932]) *Nuevas aportaciones al psicoanálisis*, BN,  
t. II, págs. 879-966. Título desde la edición de BN de 1974: *Nuevas  
lecciones introductorias al psicoanálisis*.
- FREUD, Sigmund (1939a [1934-1938]) *Moisés y la religión monoteísta*, BN,  
t. III, págs. 181-285.
- FREUD, Sigmund (1940a [1938]) *Compendio del psicoanálisis*, BN, t. III,  
págs. 1009-1062.
- FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902]) *Los orígenes del psicoanálisis*, BN,  
t. III, págs. 585-882.
- FREUD, Sigmund (1950a [1895]\*) “Proyecto de psicología”, en *Los orígenes  
del Psicoanálisis*, AE, t. I, págs. 323-436.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1893a) “El mecanismo psíquico  
de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar)”, BN, t. I,  
págs. 25-32.

- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895d) *La histeria*, BN, t. I, págs. 25-129. Título desde la edición de BN de 1972: *Estudios sobre la histeria*.
- GARMA, Ángel (1944) “La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. II, N° 1, APA, Buenos Aires, 1944, págs. 56-82.
- GARMA, Ángel (1954) *Génesis psicósomática y tratamiento de úlceras gástricas y duodenales*, Nova, Buenos Aires, 1954.
- GEBSER, Jean; MARCH, Arthur; NAEGELI, Ernst y otros (1954), *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954.
- GOETHE, Johann Wolfgang von (1773) *Prometeo*, en *Obras completas*, t. III, Aguilar, Madrid, 1963.
- GOETHE, Johann Wolfgang von (1807) *La vuelta de Pandora*, en *Obras completas*, t. III, Aguilar, Madrid, 1963.
- GOETHE, Johann Wolfgang von (1808-1832) *Fausto*, en *Obras completas*, t. III, Aguilar, Madrid, 1963.
- GRANIER-GOYEUX, M. (1968) “Del opio al LSD”, en *Correo de la UNESCO*, 1968.
- GRINBERG, León (1963) *Culpa y depresión*, Paidós, Buenos Aires, 1963.
- GRODDECK, Geörg (1923) *El libro del ello*, Sudamericana, Buenos Aires, 1968.
- HEIMANN, Paula (1939) “Una contribución al problema de la sublimación y sus relaciones con los procesos de internalización”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. VIII, N° 4, APA, Buenos Aires, 1951, págs. 550-568.
- HOFSTADTER, Douglas y DENNET, Daniel (1981) *The Mind's I*, Bantam Books, Nueva York, 1982. Edición en castellano: *El ojo de la mente*, Sudamericana, Buenos Aires, 1983.
- HORNBY, A. S.; GATENBY, E. V. y WAKEFIELD, H. (1960) *The advanced learner's dictionary of current English*, Oxford University Press, Londres, 1960.
- HOUSSAY, Bernardo Alberto (1951) *Fisiología humana*, El Ateneo, Buenos Aires, 1951 (2ª edición).
- ISAACS, Susan (1948) “Naturaleza y función de la fantasía”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. VII, N° 4, APA, Buenos Aires, 1950, págs. 555-609.
- ISAACS, Susan (1948\*) “Naturaleza y función de la fantasía”, en M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière, *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé, 1962.

- KAFKA, Franz (s/f) *La muralla china*, Emecé, Buenos Aires, 1953.
- KARLSON, Paul (1943) *Tú y el mundo físico*, Labor, Buenos Aires, 1945.
- KLEIN, Melanie (1934) "A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states", en *Contributions to Psycho-Analysis*, The Hogarth Press, Londres, 1948. Edición en castellano: "Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos", en A. Garma y L. Rascovsky (comps.), *Psicoanálisis de la melancolía*, APA, Buenos Aires, 1948; "Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos", en *Obras completas*, t. II, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1978, págs. 253-278.
- KLEIN, Melanie (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière, *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires, 1958, págs. 292-320.
- KLEIN, Melanie (1955) "On identification", en M. Klein y otros, *New directions in psycho-analysis*, Basic Books, Nueva York, 1955. Edición en castellano: "Sobre la identificación", en M. Klein y otros, *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, en M. Klein, *Obras completas*, t. IV, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1976, págs. 301-334.
- KLEIN, Melanie (1957a) "Envidia y gratitud", en *Las emociones básicas del hombre*, Nova, Buenos Aires, 1960.
- KLEIN, Melanie (1960) "Prólogo" de *Las emociones básicas del hombre*, Nova, Buenos Aires, 1960.
- KRANTZ, J. y CARR, J. (1956) *Los principios farmacológicos en la práctica médica*, Editorial Bibliográfica Argentina, Buenos Aires, 1956.
- LABORDE, Víctor (1970) "Algunas consideraciones acerca del timo y el concepto de narcisismo", en *Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 190-196.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1950a) *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- LAPLANCHE, Jean (1970) *Vida y muerte en psicoanálisis*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1973.
- LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Baptiste (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, París, 1967. Edición en castellano: *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971.
- LATARJET, A. y TESTUT, L. (1949) *Tratado de anatomía humana*, t. III, Salvat, Barcelona, 1949.
- LEHMANN, J. (1945) *La teoría de la relatividad de Einstein*, Siglo XX, Bue-

- nos Aires, 1945.
- LIBERMAN, David (1959) “Psicoanálisis del alcoholismo y de la adicción a las drogas”, en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, N° 5, Buenos Aires, 1959, págs. 161-177.
- LIBERMAN, David (1962) *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Buenos Aires, 1962.
- LITCHWITZ, Leopoldo (1945) *Patología funcional*, Hachette, Buenos Aires, 1945.
- LITTER, Manuel (1966) *Farmacología*, El Ateneo, Buenos Aires, 1966.
- LITTER, Manuel y WEXSELBLATT, Mar (1944) *Tratado de pediatría*, Salvat, Barcelona, 1944.
- MANN, Thomas (1947) *Doktor Faustus. Vida del compositor alemán Adrian Leverkühn, narrada por un amigo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1958.
- MANN, Thomas (1961) *La novela de una novela*, Sur, Buenos Aires, 1961.
- MAUAS, Liliana (1975) “La noción de herencia en la obra de Freud”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicósomática (CIMP), Buenos Aires, 1975.
- MITSCHERLICH, Alexander (1954) “El problema de la relación cuerpo y alma en la moderna medicina”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 101-127.
- NELSON, Waldo (1960) *Tratado de pediatría*, Salvat, Barcelona, 1960.
- ORTEGA Y GASSET, José (1940) *Ideas y creencias*, en *Obras completas*, t. V, Alianza Editorial, Madrid, 1983, págs. 379-409.
- ORTEGA Y GASSET, José (1948) “Una interpretación de la historia universal”, *Revista de Occidente*, Madrid, 1966.
- PARTRIDGE, Eric (1961) *Origins*, Routledge y Kegan Paul, Londres, 1961.
- PÉREZ RIOJA, José Antonio (1962) *Diccionario de símbolos y mitos*, Tecnos, Madrid, 1962.
- PIRANDELLO, Luigi (1921) *Sei personaggi in cerca d'autore* [*Seis personajes en busca de un autor*], Mondadori, Milán.
- PLATA MUJICA, Carlos (1960) “El fenómeno del doble y sus relaciones con el psiquismo fetal”, en A. Rascovsky, *El psiquismo fetal*, Paidós, Buenos Aires, 1960.

- PORTMANN, Adolf (1954) “Los cambios en el pensamiento biológico”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 79-100.
- PORTMANN, Adolf (1970) “El tiempo en la vida del organismo”, en *El hombre ante el tiempo*, Monte Ávila, Caracas, 1970.
- QUILLET, Aristide (1963) *Le Quillet Flammarion. Dictionnaire usuel*, Quillet-Flammarion, París, 1963.
- RACKER, Enrique (1957a) “Contribución al problema de la estratificación psicopatológica”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIV, N° 3, APA, Buenos Aires, 1957, págs. 276-291.
- RACKER, Enrique (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- RAPAPORT, David (1962) “Teoría psicoanalítica de los afectos”, en *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1962.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1957) “Esquema de la organización del psiquismo fetal”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIV, N° 4, APA, Buenos Aires, 1957, págs. 401-409.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1960) *El psiquismo fetal*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1962) “La posición maníaca”, presentado en el IV Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Río de Janeiro. Resumen en *Simposio sobre manía y psicopatía*, APA, Buenos Aires, 1964.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1964) “Fundamentos de la posición maníaca”, en *Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, t. I, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 44-55.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1950) *Diccionario manual*, Espasa-Calpe, Madrid, 1950.
- Revista Farmacéutica* (1890) año 32, t. XXIX, N° 1, Buenos Aires, 1890.
- RIFFLET LEMAIRE, Anika (1971) *Lacan*, Edhasa, Barcelona, 1971.
- RODRIGUÉ, Emilio y RODRIGUÉ, Geneviève T. de (1966) *El contexto del proceso analítico*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- RUYER, Raymond (1974) *La gnose de Princeton*, Fayard, París, 1974.
- SAINT-VICTOR, Paul de (1880-1884) “Prometeo”, en *Las dos carátulas*, Biblioteca de Autores Extranjeros Contemporáneos, N° 15, Buenos Aires, s/f.
- SCHMEIL, Otto (1933) *Curso de botánica*, Gustavo Gilli, Barcelona, 1933.
- SCHRÖDINGER, Erwin (1944) *¿Qué es la vida?*, Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1947.

- SÉCHAN, Louis (1951) *El mito de Prometeo*, Eudeba, Buenos Aires, 1960.
- SHAKESPEARE, William (s/f) “Oteló”, en *Oteló. El mercader de Venecia*, Aguilar, Madrid, 1962.
- SHELLEY, Mary (1818) *El doctor Frankenstein o el moderno Prometeo*, Aguilar, Madrid, 1959.
- SNYDER, Salomón (1977) “Y recettori degli oppiatti e gli oppiatti interni”, en *Le Scienze*, N° 107, S. p. A. Editore, Milán, 1977.
- SOLER Y BATLLE, Enrique (1951) *Medicamenta*, Labor, Buenos Aires, 1951.
- STERN, Alfred (1950) *Filosofía de la risa y del llanto*, Imán, Buenos Aires, 1950.
- STRACHEY, James (1964) “Editor’s introduction” to *Inhibitions, symptoms and anxiety* (Freud, 1926d [1925]\*\*), en Standard Edition (SE), The Hogarth Press, Londres, 1974. t. XX, pág. 77.
- STRACHEY, James (1968) *The complete psychological works of Sigmund Freud*, t. I, The Hogarth Press, Londres, 1968.
- TRITSCH, Walther (1954) “Los cambios en las relaciones humanas”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954.
- UEXKÜLL, Jakob von (1934) *Ideas para una concepción biológica del mundo*, Espasa-Calpe, Madrid, 1934.
- WATZLAWICK, Paul (1977) *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona, 1980.
- WEIZENBAUM, Joseph (1976) *La frontera entre el ordenador y la mente*, Pirámide, Madrid, 1978.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1946-1947) *Casos y problemas clínicos. Lecciones de antropología médica en la clínica de medicina interna*, Pubul, Barcelona, 1950.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1951a) *El hombre enfermo*, Luis Miracle, Barcelona, 1956.
- WIENER, Norbert (1964) *Dios y Golem*, S.A., Siglo XXI, México, 1967.
- WOHL, Jack (1960) *The conformers*, Pocket Books, Nueva York, 1960.
- WOLF, Steguart (1966) “Investigación experimental”, en E. Wittkower y colab., *Progresos en medicina psicosomática*, Eudeba, Buenos Aires, 1966.
- WUNDT, Wilhelm (1886) *Éléments de psychologie physiologique*, t. II, Félix Alcan, París, 1886.