

FENÓMENOS DE MATERIALIZACIÓN HISTÉRICA. (1919k).



(Un ensayo de la explicación de la conversión y del simbolismo históricos)

Sándor Ferenczi

Has recorrido el camino que va del gusano
al hombre y, en muchos aspectos, eres todavía
un gusano.” (Nietzsche, Así hablaba Zaratustra, prólogo.)

Las investigaciones psicoanalíticas de Freud nos han enseñado a considerar los síntomas de la conversión histérica como las *representaciones*, mediante el cuerpo, de fantasías inconscientes. Por ejemplo, una parálisis histérica del brazo puede significar -bajo apariencia negativa- una intención agresiva; un calambre, la lucha entre dos mociones afectivas antagonistas; una anestesia o una hiperestesia localizadas, el recuerdo duradero fijado inconscientemente de un tocamiento de tipo sexual en el lugar en cuestión. El psicoanálisis nos ha proporcionado también aclaraciones inesperadas sobre la naturaleza de las fuerzas que intervienen en la formación del síntoma histérico; son siempre mociones impulsivas de naturaleza erótica y egoísta las que se expresan en la sintomatología de estas neurosis, bien sea alternativamente, bien, y es el caso más frecuente, mediante formaciones de compromiso. Por último, en el transcurso de recientes y decisivas investigaciones sobre la elección de la neurosis, Freud ha conseguido descubrir en la historia del desarrollo libidinoso el punto de fijación genética que condiciona la predisposición a la histeria. El factor predisponente a esta neurosis residiría a su parecer en una perturbación del desarrollo genital normal, mientras la primacía de la zona genital ha quedado ya plenamente afirmada. El sujeto así predispuesto reacciona frente a un conflicto erótico, que desempeña el papel de traumatismo psíquico, mediante el rechazo de las mociones genitales o, eventualmente, desplazando tales mociones sobre partes del cuerpo aparentemente anodinas. Yo diría que la histeria de conversión *genitaliza* las partes del cuerpo donde se manifiestan los síntomas. En un artículo en el que he intentado reconstruir los estadios del desarrollo del Ego, he demostrado que la predisposición a la histeria suponía la fijación a un período determinado del desarrollo del sentido de realidad,¹ período durante el cual el organismo intenta aún adaptarse a la realidad modificando -con gestos mágicos- el cuerpo propio y no el mundo exterior; el lenguaje gestual del histérico sería un retorno a esa etapa.

Nadie negará que poseemos un núcleo de conocimientos sobre la neurosis histérica del que la neurología preanalítica no tenía la menor idea. Sin embargo, a pesar de la enorme satisfacción proporcionada por estos resultados, creo que sería oportuno indicar las lagunas de nuestro saber en este campo. El “salto misterioso de lo psíquico a lo somático” (Freud), por ejemplo, en el síntoma de la histeria de conversión, sigue siendo todavía un enigma.

Se nos ofrecen diferentes caminos para intentar resolver este enigma, entre otros las condiciones específicas de la *inervación*² que determinan la formación de muchos síntomas de conversión.

1.- Sobre el sentido de esta noción de la obra de Ferenczi, ver “El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios”, *Psicoanálisis II*.

2.- Ferenczi se sirve del término “inervación” para designar el paso del flujo nervioso. (N. del T.).

En las parálisis, los espasmos, las anestias y las parestias histéricas, se constata que los histéricos poseen la facultad de interrumpir o de perturbar la transmisión normal del flujo nervioso sensorial hacia la conciencia o del impulso motor que proviene de ella. Pero, además de estas modificaciones de la descarga de las excitaciones que se producen en la esfera psíquica, conocemos síntomas histéricos cuya constitución exige una hiperproducción decisiva por parte del flujo nervioso, realizaciones de las que es incapaz el aparato neuropsíquico normal. La voluntad inconsciente del histérico crea fenómenos motores, modificaciones de la circulación sanguínea, perturbaciones en la función glandular y en la nutrición de los tejidos, que el no histérico es incapaz de conseguir mediante su voluntad consciente. Las fibras lisas de la musculatura del tubo digestivo, de los bronquios, de las glándulas lacrimales y sudoríparas, los cuerpos eréctiles de la nariz, etc., se hallan a disposición del inconsciente del histérico; tiene la facultad de realizar inervaciones aisladas (por ejemplo, de los músculos oculares y de la laringe) que resultan imposibles para el individuo sano; conocemos también su aptitud para provocar hemorragias locales, ampollas, tumescencias de la piel y de las mucosas, todos ellos fenómenos bastante raros.

No olvidemos que estos logros no son patrimonio de la histeria. La hipnosis y la sugestión, a las que todo sujeto normal es más o menos sensible, pueden provocar fenómenos análogos. Pero existen también algunas personas, normales por lo demás, que “se habitúan” durante su infancia a experiencias de este tipo. Por ejemplo, inervan separadamente músculos que de ordinario funcionan de manera simétrica, o ejercen una influencia voluntaria sobre el funcionamiento del corazón, del estómago, del intestino o sobre los músculos del iris, etc., experiencias de las que a veces hacen luego exhibiciones “artísticas”. La tarea de la educación consiste en gran parte en deshabituarse al niño de estas habilidades para habituarle a otras. Sea como fuere, la educación de los niños presupone la posibilidad de ejercer una influencia psíquica sobre estas actividades orgánicas, y si más tarde se desencadenan de forma aparentemente “automática” o “refleja”, no dejan de constituir por ello automatismos de acción adquiridos en la infancia. Pienso, por ejemplo, en el funcionamiento regular de los esfínteres que rigen la apertura y el cierre del intestino y de la vejiga, en el hecho de dormirse y despertarse a intervalos regulares, etc. No menos conocida es la capacidad de hiperproducción de los afectos, capaces de influenciar los procesos de circulación y de eliminaciones más diversas.

Si nos limitamos en primer lugar a considerar las hiperproducciones que contribuyen a la formación del síntoma histérico, convendrá elegir un grupo bien definido en la gama casi ilimitada de las diversas posibilidades que existen en este campo. Elegiré en consecuencia los síntomas histéricos que afectan al tubo digestivo, dado que disponemos de una serie relativamente completa.

Uno de los fenómenos histéricos más corrientes es el síntoma del *globus hystericus*, ese estado particular de la contracción de la musculatura faríngea que, junto con otro síntoma faríngeo, la ausencia de reflejo de deglución, figura a menudo entre los estigmas de esta neurosis. En otra investigación, he atribuido esta anestesia de la glotis y de la región faríngea a una reacción contra las fantasías inconscientes de felación, de cunilinguo, de coprofagia, etcétera, debidos a la *genitalización* de estas zonas mucosas.³ Mientras que estas fantasías hallan su expresión negativa en la anestesia, el *globus hystericus*, como puede constatarse en todos los casos sometidos a psicoanálisis, representa estas mismas fantasías pero de forma positiva. Los propios enfermos hablan de un *nudo* en su garganta, y podemos creer que determinadas contracciones de los músculos longitudinales y transversales de la faringe producen realmente la parestesia de un cuerpo extraño e incluso una especie de cuerpo extraño, un nudo. Es cierto que este nudo aparece en el análisis como un cuerpo extraño muy especial, en absoluto anodino: un cuerpo extraño que posee un sentido erótico. En más de un caso este “nudo” sube y baja con un movimiento rítmico y este movimiento corresponde a una representación inconsciente de los procesos genitales.

Para muchos que sufren falta de apetito, náuseas y otras perturbaciones digestivas de tipo neurótico, el hecho de comer, es decir, de hacer descender un cuerpo extraño a lo largo del estrecho tubo muscular del esófago, tiene inconscientemente el mismo sentido de afrenta genital que los enfermos afectados de *globus*

3.- Ver el artículo *Ensayo de explicación de algunos estigmas histérico*, en este mismo volumen. (M del T).

hystericus fantasean sin estímulo externo. Después de la investigación de Pavlov sobre la influencia del psiquismo en la secreción gástrica, nadie se extrañará de ver estas fantasías recorrer todos los grados de hiper o de hiposecreción gástrica y de hiper o de hipoacidez.

Basándose en las “teorías sexuales infantiles” (Freud) que atribuyen el embarazo a la incorporación de una sustancia por la boca, el inconsciente puede producir un embarazo imaginario mediante movimientos apropiados, ejecutados por la musculatura del estómago, del intestino y de la pared abdominal o, accidentalmente, recurriendo a la aerofagia.

La parición de vómitos incoercibles durante un embarazo real (*vomitus gravidarum*), que ha dado origen a tantas explicaciones toxicológicas, es aún más fácil de comprender para el psicoanalista. La experiencia psicoanalítica me ha obligado a interpretar este síntoma de forma distinta. Se trata de una tendencia a la defensa o a la expulsión, dirigida contra ese cuerpo extraño, el feto, cuya presencia se siente en el útero de manera inconsciente, pero que, según el modelo expuesto, se desplaza “de abajo hacia arriba” y llega a evacuar el contenido gástrico. Los vómitos sólo cesan en la segunda parte del embarazo, cuando los movimientos del niño ya no permiten negar, ni siquiera a los histéricos, la localización genital de las modificaciones y sensaciones experimentadas, dicho de otro modo, cuando el Ego del histérico se resigna, cuando acepta la indiscutible realidad y renuncia al fantasmagórico “niño estomacal”.

Como es sabido, las emociones influyen en el peristaltismo intestinal: la angustia y el temor pueden provocar diarreas, y la espera ansiosa, calambres del esfínter anal y constipación. Freud y el psicoanálisis han mostrado la importancia de tales influencias a lo largo de la vida y los complejos de representaciones y mociones impulsivas que desempeñan un papel específico a este respecto. Un médico vienés de gran experiencia, el profesor Singer, ha descubierto hace tiempo que el intestino grueso apenas tiene importancia en cuanto órgano de la digestión, que en realidad es de naturaleza *anal* y dirige las funciones de evacuación. El psicoanálisis puede confirmar esta observación y completarla en parte. Nuestros neuróticos, sobre todo los histéricos, nos muestran de manera evidente que cualquier parte del intestino grueso puede funcionar como esfínter y puede producir, además de la inervación conjunta que supone la propulsión brusca del bolo fecal, contracciones localizadas finamente graduadas, capaces de retener en cualquier punto un fragmento de materia fecal o un núcleo gaseoso, de comprimirlos y en cierto modo de modelarlos, lo que puede ir acompañado de parestesias dolorosas. Las representaciones que actúan especialmente sobre estas inervaciones pertenecen a un complejo en el que predomina el deseo de poseer, de conservar, de no entregar. A menudo vemos en el análisis a un neurótico que ha sido despojado contra su voluntad de algo precioso o de un objeto que apreciaba, acumular durante un cierto tiempo como sustituto un bien constituido por el contenido intestinal; puede anunciar su intención de hacer declaraciones durante mucho tiempo retenidas mediante una deposición excepcionalmente abundante: o incluso sufrir durante varios días de “gases retenidos” que sólo conseguirá expulsar cuando renuncie a su resistencia respecto al médico, cuando nadie se oponga a su intención de hacerle un regalo. Los conflictos suscitados por la necesidad de pagar al médico, por otra parte considerado con simpatía, suelen ir acompañados de estos síntomas de inhibición y de relajamiento en la esfera anal.

Tuve ocasión de estudiar durante varios meses el papel histerógeno del recto y del ano. Un paciente, soltero hasta una edad avanzada, que se había casado a instancias de su padre, había iniciado conmigo un tratamiento a causa de una impotencia psicógena. Sufría en ocasiones una curiosa constipación: sentía clara e incluso dolorosamente que la masa fecal se acumulaba en su recto, pero le parecía imposible evacuarla; cuando conseguía defecar, no sentía ningún alivio. El análisis mostró que este síntoma aparecía cada vez que entraba en conflicto con una personalidad masculina que, de una u otra forma, se le imponía. Por último, el síntoma se le mostró como la expresión de su homosexualidad inconsciente. En el preciso momento en que intentaba mostrarse enérgico respecto a este individuo, una fantasía homosexual inconsciente le obnubilaba y le obligaba a fabricarse un miembro viril con ayuda de la pared intestinal contráctil, utilizando la materia maleable del contenido intestinal que se hallaba siempre a su disposición; y este miembro viril, que era precisamente el del adversario conscientemente aborrecido, rehusaba a continuación abandonar el intestino antes de que el conflicto se hubiera solucionado. El paciente aprendió poco a poco la forma psicoanalítica de resolver este problema, es decir, de reconocer el conflicto en cuestión.

Veamos ahora cuál es el elemento común a todos los síntomas de esta serie. Se trata claramente de la figuración mediante el cuerpo de un deseo sexual inconsciente, tal como lo ha evidenciado Freud. Pero hay algo en este modo de figuración que merece un examen más profundo. Cuando, en el *globus hystericus*, el deseo inconsciente de felación produce un nudo en la garganta, cuando la histérica encinta, con embarazo real o imaginario, fabrica un “niño estomacal” con el contenido y la pared de su estómago, cuando el homosexual inconsciente modela su intestino y el contenido de éste en un cuerpo de talla y forma determinados, se trata de procesos que no corresponden, por su naturaleza, a ninguno de los modos conocidos de “percepciones ilusorias”. No podemos hablar aquí de *alucinaciones*. Una alucinación se produce cuando la censura impide el camino ascendente hacia la conciencia a un complejo de pensamientos bloqueado afectivamente, de forma que la excitación que se deriva, tomando un camino regresivo, vuelve a bloquear el contenido de estos pensamientos que ha sido acumulado en la memoria, y lo hace llegar a la conciencia en forma de percepción actual.⁴ Pero los procesos motores que, como hemos visto, participan intensamente en la formación de los síntomas de conversión histérica, son extraños a la naturaleza de las alucinaciones. Pues la contracción de las paredes estomacales o intestinales en el globus, los vómitos histéricos y la constipación no son en absoluto “imaginarios” sino perfectamente reales.

No podemos dejar de hablar en este caso de *ilusión* en el sentido corriente del término. La ilusión es una interpretación errónea o una deformación de una excitación externa o interna realmente existente. Además, en ese caso, el sujeto suele tener un comportamiento pasivo, mientras que el histérico produce *él mismo* estas excitaciones, que luego podrá interpretar de forma equivocada. Este modo de formación de los síntomas histéricos que acabamos de describir, incluso este fenómeno psicofísico en general, merece ser designado con un término especial. Podría llamarsele *fenómeno de materialización*, porque consiste esencialmente en realizar un deseo, como por arte de magia, a partir de la materia de que el sujeto dispone en su cuerpo y a proporcionarle una representación plástica -por primitiva que sea-, a la manera de un artista que modela un material a su gusto o de los ocultistas que, mediante la simple demanda de un médium, se representan el “aporte” o la “materialización” de determinados objetos.⁵

Yo añadiría a continuación que este proceso no se halla solamente en la histeria, o sea, en un estado patológico de importancia relativa, sino también en numerosos estados afectivos en los sujetos normales. Ciertamente la mayoría de los movimientos expresivos que acompañan a las emociones humanas -ruborizarse, palidecer, desvanecerse, tener miedo, reír, llorar- “representan” acontecimientos importantes del destino humano, individual y colectivo, y son por tanto “materializaciones”.

¿Cómo hemos de situar este fenómeno entre los procesos psíquicos ya conocidos y cómo podemos representarnos su mecanismo? La comparación más acertada es la analogía con la alucinación del sueño, tal como la conocemos tras las investigaciones de Freud sobre el sueño. Los deseos aparecen realizados en el sueño, pero esta realización es puramente alucinatoria al estar paralizada la motilidad. Por el contrario, en el fenómeno de materialización parece que tenemos que enfrentarnos con una regresión aún más profunda; el deseo inconsciente, e incapaz de acceder a la conciencia, ya no se limita en este caso a la excitación sensorial del órgano psíquico de la percepción sino que pasa a la motricidad inconsciente. Lo cual significa una regresión *tópica* a una profundidad del aparato psíquico en la que los estados de excitación ya no se liquidan mediante un bloqueo psíquico -aunque sea alucinatorio- sino simplemente a través de la descarga motriz.

A esta regresión *tópica* correspondería, en el *plano temporal*, una etapa muy primitiva del desarrollo onto y filogenético, caracterizada por el hecho de que la adaptación ya no se realiza modificando el mundo exterior sino el cuerpo propio. Cuando Freud y yo discutimos los problemas de la evolución, tenemos la costumbre de llamar a este estadio primario el estadio autoplástico, en oposición al estadio aloplástico, más tardío.

4.- Sobre esta concepción de la alucinación, véase el capítulo “Regresión” en *La interpretación de los sueños*.

5.- Según la opinión de muchos investigadores, los casos de materialización oculta consistirían en su mayor parte en fenómenos de auto-ilusión histérica. Al carecer de experiencia en este campo, no puedo expresar una opinión.

En el plano formal, deberíamos, pues, representarnos la vida psíquica simplificada hasta el proceso de reflejo fisiológico⁶ y si concebimos el proceso reflejo no solamente como el prototipo de lo psíquico sino como la etapa que lo ha precedido y a la cual tiende a regresar siempre incluso la más alta complejidad psíquica, entonces quedaremos menos sorprendidos por el salto tan misterioso de lo psíquico a lo corporal en el síntoma de conversión y por el fenómeno de materialización que realiza el deseo por vía refleja. Se trata simplemente de la regresión a la “protopsiquis”.

En los procesos vitales primitivos a los que la histeria parece volver, se producen corrientemente modificaciones corporales que, cuando resultan de un proceso psicógeno, nos parecen como hiperproducciones. La movilización de los músculos lisos de las paredes vasculares, la actividad de las glándulas, la composición biológica y química de la sangre, así como toda la nutrición tisular, se hallan sometidas a una regulación infrapsíquica. En la histeria todos estos mecanismos fisiológicos están a disposición de las mociones de deseo inconscientes y, a través de una tergiversación completa del curso normal de la excitación, un proceso puramente psíquico puede expresarse así en una modificación fisiológica del cuerpo.

En *La interpretación de los sueños*, en el capítulo sobre la psicología de los procesos del sueño, Freud se pregunta cuáles son las modificaciones del aparato psíquico que permiten la formación de la alucinación onírica. Halla la respuesta a este problema por una parte en el carácter particular del camino seguido por las excitaciones psíquicas en el inconsciente, y por otra en un proceso que resultaría favorecido por las modificaciones que supone el estado de sueño. La “libre transferencia de las intensidades” de un elemento psíquico a otro permite una excitación particularmente intensa de zonas incluso muy alejadas del sistema psíquico, entre otras del órgano sensorial psíquico, la superficie perceptiva de la conciencia. Al lado de este factor “positivo”, el estado de sueño crea igualmente un factor “negativo”: al descartar las excitaciones sensoriales actuales, engendra como un espacio vacío en el extremo sensitivo del aparato psíquico, de forma que en este punto la excitación interna adquiere un valor sensorial particularmente intenso debido a la ausencia simultánea de estímulos externos. Freud supone que el “factor positivo” posee una intensidad aun mayor en la alucinación psicótica, aunque la alucinación se produjera a pesar del estado de vigilia, es decir, a pesar de la concurrencia de estímulos externos.

¿Cómo representarnos ahora los fenómenos al nivel de la excitación cuando se forma un síntoma de conversión? En mi artículo sobre los estigmas histéricos,⁷ he presentado la *anestesia histérica* como una modificación duradera de la extremidad sensible del sistema, modificación que favorece, lo mismo que el estado de sueño, la emergencia de alucinaciones y de ilusiones. De este modo, puede suponerse en los casos en que un síntoma de conversión se superpone a una zona ya anestesiada -lo cual no es raro- que la formación del síntoma ha sido favorecida por la ausencia de estímulos sensoriales conscientes. En todos los demás casos, es preciso buscar la fuente energética que produce la materialización en un factor positivo.

La monotonía con la que reaparecen los procesos genitales en el curso de la interpretación psicoanalítica de los síntomas histéricos prueba que la fuerza movilizada por la conversión proviene de la *fuerza impulsiva genital*. Se trata, pues, de una irrupción de las fuerzas genitales brutas en las capas psíquicas superiores, y son ellas las que han hecho capaz al psiquismo de proezas positivas de naturaleza excepcional.

Posiblemente el resultado más importante alcanzado por el desarrollo orgánico que tiende a la división del trabajo, sea la diferenciación establecida por una parte entre los síntomas orgánicos y excitaciones (aparato psíquico) y por otra entre los órganos específicos que permiten la descarga periódica de cantidades de excitaciones sexuales acumuladas en el organismo (órganos genitales). El órgano que distribuye y domina las excitaciones entra en relación cada vez más estrecha con el impulso de autoconservación y, llegando al máximo de su desarrollo, se convierte en el órgano del pensamiento, el órgano de la prueba de realidad. Por el contrario, el órgano genital conserva incluso en el adulto su carácter primario de órgano de descarga y,

6.- Esta triple concepción de la regresión se apoya también sobre el pasaje anteriormente citado de *La interpretación de los sueños*.

7.- Ver *Ensayo de explicación de algunos estigmas histéricos.*, en este mismo volumen.

por la concentración de todos los erotismos, se convierte en el órgano erótico central.⁸ El pleno desarrollo de esta polarización antagónica es el que permite al pensamiento ser relativamente independiente respecto al principio de placer e impide a éste perturbar la satisfacción sexual genital.

En cuanto a la histeria, sería una recaída en el estado original previo a esta separación y correspondería a una irrupción de mociones impulsivas genitales en la esfera del pensamiento, o a la reacción de defensa contra esta irrupción. Podríamos pues concebir la formación de un síntoma histérico de la manera siguiente: una moción impulsiva genital extraordinariamente fuerte pretende penetrar en la conciencia pero el Ego advierte la naturaleza y la fuerza de esta moción como un peligro y la rechaza al inconsciente. Tras el fracaso de esta tentativa de solución, estas masas energéticas perturbadoras son rechazadas más profundamente todavía, hasta el órgano sensorial psíquico (alucinación) o en la motilidad involuntaria en el sentido más amplio (materialización). Pero, durante este recorrido, la energía impulsiva ha entrado en contacto muy íntimo con las capas psíquicas superiores que la han sometido a una elaboración selectiva. Ha dejado de ser un simple quantum, ha sufrido una diferenciación cualitativa que ha hecho de ella un medio de expresión simbólica de contenidos psíquicos complejos.

Puede ser que esta concepción permita avizorar más de cerca el enigma fundamental de la histeria, el “salto de lo psíquico a lo somático”. Podemos al menos sospechar cómo una formación psíquica -un pensamiento- llega a disponer de una fuerza que le permite movilizar masas orgánicas brutas; esta fuerza le ha sido proporcionada simplemente por una de las más importantes reservas de energía del organismo, la sexualidad genital. Por otra parte, se comprende mejor la posibilidad de que el síntoma histérico de los procesos fisiológicos adquiera la capacidad de representar procesos fisiológicos complejos y se adapte de forma sutilmente matizada a su multiforme diversidad. En una palabra, nos hallamos ante la producción de un *idioma histérico*, de una *jerga simbólica* hecha de alucinaciones y de materializaciones.

En resumen, podemos concebir el aparato psíquico del histérico como un aparato de relojería cuyo mecanismo se hallara invertido. Normalmente el pensamiento desempeña la función de la aguja que registra escrupulosamente los procesos elaborados por los rodajes internos. En la histeria, la aguja aparece como estirada por un huésped brutal y obligada a un giro extraño a su naturaleza; son ahora los movimientos de la aguja los que determinan el funcionamiento del mecanismo interno.

Podrían abordarse los fenómenos de conversión histérica desde otro ángulo y considerar su *simbolismo*. Freud ha indicado que el modo de expresión simbólico no es solamente propio del lenguaje del sueño sino también de todas las formas de actividad en las que participa el inconsciente. Ahora bien, la concordancia perfecta entre el simbolismo del sueño y el de la histeria nos llama la atención de manera especial.

Todo simbolismo onírico revela, tras su interpretación, un simbolismo sexual, y del mismo modo las figuraciones a través del cuerpo de la conversión histérica aluden todas sin excepción a una interpretación simbólica sexual. Además, los órganos y las partes del cuerpo que en el sueño representan a menudo simbólicamente los órganos genitales, son precisamente aquellos a los que suele recurrir el histérico para configurar sus fantasías genitales.

He aquí algunos ejemplos: el *sueño de irritación dental* representa simbólicamente fantasías de masturbación; he analizado un caso de histeria en el que estas mismas fantasías se expresaban en estado de vigilia mediante *parestias dentales*. En un sueño que tuve que interpretar hace poco, se introducía un objeto en la *garganta* de una joven que moría a continuación; la anamnesis del caso permite ver en este sueño la representación simbólica de un coito ilegítimo, del embarazo y del aborto clandestino que han puesto en peligro la vida de la paciente. Se constata, pues, aquí el mismo desplazamiento de lo bajo hacia lo alto que en el *globus hystericus*, la misma utilización de la zona faríngea y de la garganta en lugar de los órganos genitales.

La *nariz* reemplaza a menudo en el sueño al miembro viril; por el contrario, en muchos casos de histeria masculina, he podido demostrar que la *turgencia de los cornetes* representaba fantasías libidinosas inconscientes mientras que los cuerpos eréctiles de los órganos genitales permanecían sin excitación. (Fliess

8.- Ver “Las patoneurosis”, *Psicoanálisis II*.

demostró mucho antes que el psicoanálisis la relación entre la nariz y los órganos genitales.) Es frecuente que el embarazo sea representado simbólicamente en el sueño como “indigestión” o vómito, lo mismo exactamente que en el vómito histérico. En el sueño, hacer una *deposición* significa a veces un regalo y a menudo el deseo de dar un hijo a alguien, sentido posible de este mismo síntoma *intestinal en la histeria* según hemos comprobado. Y así sucesivamente.

Una concordancia tan acentuada hace suponer que *la base orgánica sobre la que se edifica todo el simbolismo de la vida psíquica aparece parcialmente en la histeria*.

Después de los *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* de Freud, es difícil no reconocer en los órganos sobre los que se halla desplazada simbólicamente la sexualidad de los órganos genitales los principales puntos de localización de los estadios anteriores a la genitalidad, o sea, las *zonas erógenas* del cuerpo. El camino seguido por el desarrollo, que va del autoerotismo a la genitalidad pasando por el narcisismo y que llega de este modo al amor objetal, es recorrido, tanto en el sueño como en la histeria, en sentido inverso al genital. De este modo, también se trata aquí de una regresión que induce a la excitación a bloquear estas etapas anteriores y sus puntos de localización en lugar de los órganos genitales. En consecuencia, el “desplazamiento de lo bajo hacia lo alto”, tan característico de la histeria, sólo sería el reverso del *desplazamiento de lo alto hacia lo bajo* al que la zona genital debe su primacía y cuyo pleno desarrollo conduce a la polaridad que hemos señalado entre la función sexual y la actividad de pensar.

No pretendo decir en absoluto que en la histeria la genitalidad se descompone simplemente en sus elementos primarios. Creo más bien que en ese caso las etapas anteriores sirven únicamente como zonas conductoras de la excitación y que esta excitación conserva, incluso después de resultar desplazada, su carácter genital para lo que corresponde a su naturaleza y a su densidad. La cuestión podría formularse, pues, del siguiente modo: en la conversión histérica, los antiguos autoerotismos son bloqueados por la sexualidad genital, mientras que las zonas erógenas y los impulsos parciales son *genitalizados*.⁹ Esta cualidad genital se manifiesta en la tendencia de los tejidos a la turgencia y a la humedad (Freud) que induce a la fricción y, de ese modo, a la liquidación de la excitación.

La primitiva teoría de la conversión concebía el síntoma de conversión histérica como la *abreacción de los afectos bloqueados*. Más tarde, se ha visto que este “bloqueo” de naturaleza desconocida era en todos los casos un *rechazo*. Añadamos que este rechazo afecta siempre a las mociones libidinosas, en especial a las mociones sexuales genitales, y que todo síntoma histérico, sea cual fuere el ángulo desde el que se le considere, aparece como una *función genital heterótropa*. Tenían, pues, razón los antiguos cuando decían de la histeria: “Uterus loquitur”.

No puedo terminar estas reflexiones sin indicar algunos temas de investigación que me ha sugerido este estudio, así como otros similares. Vemos con gran extrañeza en los síntomas histéricos que órganos de importancia vital se someten totalmente al principio de placer, sin considerar para nada su propia función utilitaria. El estómago o el intestino juegan con su propio contenido y con su propio tabique en lugar de digerir y de evacuar el referido contenido; la piel es tan sólo una cubierta corporal protectora cuya sensibilidad advierte de las agresiones demasiado intensas; se comporta como un verdadero órgano sexual cuyo contacto, aunque no se realice conscientemente, procura, sin embargo, satisfacciones de placer inconscientes, la musculatura, en lugar de participar como es normal en la conservación de la vida mediante movimientos funcionales, se complace en escenificar situaciones fantasiosas de placer. Y no existe ningún órgano, ninguna parte del cuerpo que esté a cubierto de esta disposición al servicio del placer. No creo que se trate tan sólo de procesos válidos únicamente para la histeria, que serían insignificantes e incluso totalmente inválidos. Determinados procesos que se desarrollan en el estado de sueño normal inducen a pensar que los fenómenos de materialización fantasiosa son posibles también en los no neuróticos. Estoy pensando en esa hiperproducción singular que se llama polución.

Es probable que las tendencias al placer manifestadas por los órganos del cuerpo no cesen por completo

9.- “La histeria es el negativo de la perversión”, dice Freud en una proposición central. De hecho, incluso en las perversiones de los adultos, nunca se hallan autoerotismos puros sino más bien genitalización de estadios infantiles superados.

al acabar el día, y correspondería a una *fisiología del placer* descubrir la importancia de éstos. Hasta hoy la ciencia de los procesos vitales ha sido exclusivamente una *fisiología utilitaria*, y sólo se ha ocupado de las funciones orgánicas útiles para la conservación.

No es de extrañar que los tratados de fisiología humana y animal, por excelentes y detallados que sean, no sirvan de nada cuando se trata de hallar datos sobre el *coito*. No pueden decirnos nada ni de las particularidades de este mecanismo reflejo tan profundamente arraigado, ni de su significación onto y filogenética. Y sin embargo considero que este problema tiene una importancia capital para la biología y espero de su solución progresos esenciales para esta disciplina.

Estas diversas formulaciones del problema son suficientes para mostrar que frente a la concepción corriente según la cual la investigación biológica constituiría la condición previa para todo progreso en psicología, el psicoanálisis nos ayuda a plantear problemas biológicos que no podrían tratarse de otro modo.

Otro problema, considerado hasta ahora únicamente desde el ángulo psicológico, el del *don artístico*, queda aclarado en parte por el aspecto orgánico de la histeria. Según la expresión de Freud, la histeria es una caricatura del arte. Ahora bien, las “materializaciones” histéricas nos muestran el organismo en toda su plasticidad y en toda su habilidad creadora. Las proezas puramente “autoplásticas” del histérico podrían constituir perfectamente el modelo de las hazañas corporales realizadas por los actores y las actrices, e incluso el modelo de las artes plásticas en las que los artistas trabajan un material proporcionado no por su propio cuerpo sino por el mundo exterior.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo III, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.