

Dimensiones del cuerpo en psicoanálisis: los dos cuerpos de Freud

Dimensions of the body in psychoanalysis

Por Leonardo Leibson

RESUMEN

En el marco de una investigación cuyo objetivo principal es dilucidar las diversas formulaciones de la noción de cuerpo en psicoanálisis, nos ocuparemos de situar esta problemática en algunos textos iniciales de la obra freudiana. Abordaremos especialmente dos momentos de la misma: en primer término, la separación del cuerpo del psicoanálisis del cuerpo de la ciencia. Luego, la delimitación de un cuerpo “somático” (distinto al de la anatomía científica) y un cuerpo “psíquico”. Estos desarrollos se apoyan en considerar, según los estudios de Freud en el período consignado, los diversos modos de concebir la incidencia de la sexualidad en la producción de síntomas y la consiguiente distinción de tipos de síntomas.

Palabras clave: Cuerpo - Síntoma - Sexualidad - Anatomía

SUMMARY

In the frame of an investigation which principal aim is to explain the diverse formulations of the notion of body in psychoanalysis, we will approach to place this problematics in some initial texts of the Freudian work. We will approach specially two moments of it: in the first term, the separation of the body of the psychoanalysis from the body of the science. Then, the delimiting of a “somatic” body (different from that of the scientific anatomy) and a “psychic” body. These developments rest in considering, according to Freud’s studies in the recorded period, the diverse manners of conceiving the incident of the sexuality in the production of symptoms and the consequent distinction of types of symptoms.

Key words: Body - Symptom - Sexuality - Anatomy

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se inscribe en el marco de una investigación cuyo objetivo principal es dilucidar las diversas formulaciones de la noción de cuerpo en psicoanálisis. En esta ocasión nos ocuparemos de situar esta cuestión en algunos textos iniciales de la obra freudiana.

La segunda parte del título parafrasea el del libro de E. H. Kantorowicz, "Los dos cuerpos del rey". Es éste un ensayo sobre los dos cuerpos del Rey de Inglaterra: uno material y mortal y otro, sutil, el cuerpo simbólico del rey como función. Este último es inmortal y será tomado sucesivamente por cada uno de los reyes que se suceden en el cargo. Algo similar ocurría, durante cierto período, con los emperadores romanos. A la luz de estas referencias históricas, plantear que *cuerpo hay al menos dos* no parece ser en sí una idea original. La novedad que aporta el psicoanálisis es descubrir, a la luz de lo que los síntomas dejan expuesto, las dimensiones del cuerpo común, no sólo del que está marcado por cuestiones de realeza. Ese cuerpo que no es regio aunque una de sus dimensiones es la real, muestra en la práctica su no unicidad, su no coincidencia consigo mismo. Mostraremos en lo que sigue que para Freud esto se debe a que el cuerpo se constituye de manera tal que no alcanza pensarlo como uno y único. Esta idea persistirá en el psicoanálisis y será retomada y ampliada por varios autores, especialmente por Jacques Lacan¹.

En el presente trabajo abordaremos dos momentos de la elaboración freudiana: en primer término, la separación del cuerpo del psicoanálisis del cuerpo

de la ciencia biológica. Luego, la delimitación de un cuerpo somático (pero no necesariamente el de la anatomía científica) y un cuerpo "psíquico".²

II. El cuerpo de la ciencia

Comencemos señalando que ninguna de las maneras de considerar el cuerpo en la obra de Freud coincide plenamente con lo que la medicina naciente y pujante de esa época (fines de s. XIX y principios de s. XX) ponía en el centro de su campo de acción. El cuerpo objeto de la ciencia es un cuerpo-máquina, que responde a leyes estrictas. Un cuerpo regido, especialmente, por el principio de constancia o de homeostasis. O sea, la idea de un cuerpo dotado de mecanismos naturales que tienden a encontrar y sostener un equilibrio natural entre el órgano, la función y los estímulos del medio. Un cuerpo, también, que debe ser el sustrato de toda enfermedad. O sea que todo lo que se nombra como enfermedad se genera y transcurre en la materialidad de ese cuerpo sujeto a leyes. Por supuesto que esto también incumbe a la psiquiatría y a la neurología, en las cuales, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se busca elucidar la manera en que el sistema nervioso se altera en las enfermedades mentales.

Nos interesa en particular el caso de Charcot quien, cuando propone un estatuto clínico para la histeria, también opera con esos supuestos. Cuando Freud participó de las tareas del servicio de Charcot durante unos meses entre 1885 y 1886 se encontró con algo ya conocido por él pero planteado clínicamente de otra manera: las histéricas *producidas* por Charcot en las presen-

taciones de enfermos. Y lo que se decía de ellas, lo que no se publicaba.

La teoría de Charcot sobre la histeria fue un paso decisivo. Charcot afirmó, basándose en varias razones, que la histeria no era una simulación sino que se trataba de una enfermedad. Entre esas razones figuraba que se trataba de una enfermedad en tanto podía ser reproducida. El síntoma histérico podía ser reproducido mediante una técnica: la hipnosis. Charcot hipnotizaba a “sus” histéricos y mediante ese recurso les hacía reproducir su síntoma. Pero además de poder ser reproducida por el método hipnótico, el síntoma también podía revertirse de esa manera. Charcot proponía que la histeria es una enfermedad natural, de causas que pueden ser encontradas en la naturaleza, lo que equivale a decir que se explican por medio de la anatomía y la fisiología.

En ese marco, Charcot postuló una doble etiología para la histeria o al menos dos modos de plantear esa etiología³. Dos modos, debemos decirlo, no del todo congruentes entre sí pero que Charcot trataba de aunar. Por un lado, la teoría traumática, es decir, que el síntoma histérico era producido por un trauma en el sentido más material del término: un episodio donde había ocurrido algún choque, un golpe, generalmente a causa de un accidente. Por ejemplo, el caso de un obrero golpeado por un madero sobre la espalda; él no sufre consecuencias físicas pero al tiempo le aparece un dolor en la espalda y se suma a eso una parálisis en un brazo y toda una serie de síntomas relacionados con el golpe aunque no desde el punto de vista traumatológico sino psiquiátrico. O sea que el sentido

de trauma en Charcot, más allá de que hable de trauma psíquico o shock nervioso, tiene que ver con un golpe efectivo. Un golpe que actúa y que es eficaz, siempre según Charcot, porque produce un vacío de representación. Ese shock nervioso dejaría al sujeto indefenso, sin representación y propongo entonces a que aparezca una representación parasitaria responsable de la alteración sintomática.

Por otra parte, y paralelamente, plantea que tiene que haber una lesión orgánica que avale esta alteración en tanto es orgánica, somática. A esa lesión se la supone funcional o, como también la llama, dinámica. Necesariamente tendría que estar afectado el sustrato orgánico, neurológico en este caso. Charcot tenía la hipótesis de que esa lesión fuera “mínima”, por lo cual podía llegar a ser no visible con los medios de los que se disponían en ese momento pero que, aseguraba, se iba a tener que poder descubrir en algún momento. Esto se corresponde con el método anátomo-clínico: si hay manifestaciones de una enfermedad eso está vinculado a una lesión anatómica. Cada enfermedad tiene su anatomía patológica y su fisiopatología específicas.

III. El cuerpo que la histeria nos enseña

Cuando Freud se encuentra con las histéricas de Charcot -y con Charcot- ya había compartido con Joseph Breuer el relato de lo que había ocurrido durante las sesiones de éste con la que luego fue llamada Ana O.: los síntomas, la hipnosis, lo que emergía a partir de ésta, la desaparición de los síntomas. El hecho es que Freud le cuenta algo de esto a Charcot. El gran

maestro muestra una indiferencia soberana ante ese relato, lo que no deja de enfriar el entusiasmo que Freud llevó a París, por supuesto que no completamente.

Recién en 1893, varios años después de su experiencia en La Salpêtrière, Freud escribe el texto sobre las diferencias entre las parálisis motrices orgánicas e histéricas (Freud, 1893). Es el mismo año en el que escribe "Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos", también conocido como "Comunicación preliminar" a los "Estudios sobre la histeria" (Freud, 1893-1895).

El texto sobre las parálisis motrices se originó por un encargo que Charcot le hizo al joven Freud durante su estada en París. Le pidió que investigue, a propósito de la hipótesis de la lesión funcional mínima, cómo se podría hacer un diagnóstico diferencial entre las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Años después, Freud, siguiendo ese camino, realiza un descubrimiento que será una de las piedras basales del psicoanálisis. Encuentra que hay otro cuerpo, un cuerpo que no es el cuerpo anatómico.

Es conveniente seguir de cerca la argumentación que va llevando a Freud hacia ese develamiento. El texto está dividido en cuatro párrafos. El primero tiene un formato médico donde expone lo que se sabía en ese momento acerca de la anatomía y la fisiopatología de las parálisis motrices orgánicas, en sus dos formas clínicas: periféricas y cerebrales. Se trata del modelo, ya conocido en esa época, que afirma que hay una primera neurona motora en la corteza cerebral (central) y una segunda neurona motora en la médula (regulada

por la influencia de la primera) que es la que finalmente inerva al músculo. Por lo tanto puede haber lesión en dos niveles: cerebral (la primera neurona) o espinal (la segunda). Las parálisis que se producen en un caso y en otro son diferentes. La parálisis espinal es una parálisis flácida, detallada y con otros elementos clínicos que la caracterizan. La parálisis central, o cerebral tiene sus propias características (rigidez, masividad, etc.) Ambas son notoriamente diferenciables desde el punto de vista clínico y a Freud le importa esta distinción porque son las centrales las simuladas por la histeria⁴. Por eso la siguiente pregunta: entre estas parálisis con origen en la corteza cerebral y las parálisis histéricas ¿cómo hacer el diagnóstico diferencial? Para responder a esto, enumera una serie de características: las parálisis histéricas tienen una delimitación mucho más exacta que las orgánicas (hay una representación espacial y especial en las parálisis histéricas); también, se encuentra en las parálisis histéricas una intensidad excesiva (es interesante esto: la histérica siempre va por demás, sobreactúa, siempre está ahí "exagerando la nota"); hay una distorsión en eso, dice Freud. También subraya que se acompañan de perturbaciones de la sensibilidad y que, por último, hay formas de parálisis cerebral que no se encuentran en la histeria. Pero el detalle fundamental lo encontramos en algo que Freud enuncia así: "sólo puede haber una anatomía cerebral verdadera" (Freud, 1893, p. 205). Freud parte del supuesto de que hay una anatomía, de que hay un cuerpo orgánico-biológico en tanto se verifican las leyes que la biología estudia y que, en tanto leyes naturales, no pue-

den ser de cualquier manera. "...puesto que ella se expresa en los caracteres clínicos de las parálisis cerebrales...". O sea que según la extensión y la forma de la lesión, es decir, la cantidad de neuronas y el grupo de neuronas que están afectadas, será la forma y la región afectada por la parálisis. Hay una relación biunívoca entre lesión orgánica y parálisis.

Es ahí que Freud marca un límite: "...y puesto que ella se expresa en los caracteres clínicos de las parálisis cerebrales, es evidentemente imposible que esta anatomía pueda explicar los rasgos distintivos de la parálisis histérica. Por esta razón no es lícito extraer, respecto de la anatomía cerebral, conclusiones basadas sobre la sintomatología de estas parálisis" (Íb.). No es posible que haya una lesión orgánica en la histeria porque las parálisis histéricas no se ordenan de esa manera, no se constituyen respetando esas leyes. Así, ante la pregunta de "cuál podría ser la naturaleza de la lesión en la parálisis histérica" (Íb.), allí donde "Charcot nos ha enseñado (...) que es una lesión cortical, pero puramente dinámica o funcional", Freud señala que de ser así "es necesario que las parálisis producidas por las lesiones de este orden compartan *en un todo* los caracteres de la parálisis orgánica" (Freud, 1893, p. 206, subrayado mío). Pero esto es justamente lo que la clínica demuestra que no ocurre. Que si bien las parálisis histéricas "simulan" a las cerebrales, no lo hacen "en un todo" sino de una manera distorsionada, casi paródica.

Freud, ante esta comprobación, da un salto: "...yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas

debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella*" (Íb., subrayado de Freud). Y lo reafirma: "...la histeria es *ignorante* de la distribución de los nervios y por ello no simula las parálisis periferoespinales o de proyección; no tiene noticia del quiasma de los nervios ópticos, y en consecuencia no produce la hemianopsia. *Toma los órganos en el sentido vulgar, popular del nombre que llevan*. La pierna es la pierna hasta la inserción de la cadera; el brazo es la extremidad superior tal como se dibuja bajo los vestidos" (Íb., subrayados míos). No es el cuerpo anatómico porque si comparamos el territorio inervado con la zona de parálisis, no encontramos las coincidencias necesarias para suponer la lesión funcional mínima que postulaba Charcot. Pero si no coinciden los recortes que produce la parálisis histérica con los cortes que conocemos por la anatomía, si esos cortes pasan por otros lugares y entonces un brazo tiene una forma y límites diversos en un caso y en otro, es que estamos frente a un cuerpo que no es el que la medicina nos enseña. Es un cuerpo otro, el que la histeria nos enseña. La pregunta que se hace Freud, justamente, es ¿de qué cuerpo se trata entonces? El siguiente capítulo de este texto aclara esta pregunta... y abre varias más.

IV. El cuerpo de la representación

Freud podría haber terminado su texto en ese punto concluyendo que Charcot, lamentablemente, no tenía razón.

¿Por qué proseguir, sin embargo? Lo decisivo es que Freud se pregunta cuál será la lesión en tanto no deja de pensar que debería haber alguna: si el síntoma se muestra, algo debe causarlo. Por eso el texto continúa y puede formular una novedad que tendrá consecuencias en la fundamentación de la incipiente práctica del psicoanálisis.

Esa cuarta parte del texto comienza con un propósito muy claro: "Intentaré, por último, desarrollar *cómo podría ser* la lesión que es causa de las parálisis histéricas". Lo que va a plantear es que, dado que no puede tratarse de una lesión orgánica, lo que está lesionado (en el sentido de alterado, trastornado) es algo del orden de la *representación* del cuerpo. Se pasa entonces, y es Freud quien lo dice, al "...terreno de la psicología, ineludible cuando uno se ocupa de la histeria" (Freud, 1893, p. 207). Toma, citando a P. Janet, la idea de que hay otro cuerpo que implica que hay una anatomía vulgar, trivial, que no coincide con la anatomía científica.

Pero el paso fundamental es cuando afirma que "...consideradas psicológicamente, la parálisis del brazo consiste en el hecho de que la concepción del brazo no puede entrar en asociación con las otras ideas que constituyen el yo del cual el cuerpo del individuo forma una parte importante" (Freud, 1893, p. 208). Dice: "la concepción del brazo", o sea la representación del brazo. Pero no es la idea en el sentido de concepto sino la concepción en tanto cómo es aprehendido ese brazo, esa parte del cuerpo, subjetivamente. Freud supone que hay una red de representaciones que hace un cuerpo; hay un cuerpo de represen-

taciones conectadas entre sí. De donde infiere que alguna de estas representaciones puede perder su nexo asociativo con las demás por algún motivo. Lo dice exactamente en esos términos "La lesión sería entonces *la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo*. Esta se comporta como si no existiera para el juego de las asociaciones" (Freud, 1893, p. 208). Freud ubica a la lesión a nivel de los nexos asociativos entre representaciones; se forja la idea de una lesión que no tiene nada de orgánico, es otro tipo de lesión o también, es otro modo de pensar el mecanismo de formación de síntomas. Un modo de pensar el mecanismo que alberga la posibilidad de un sujeto que no es efecto de la anatomía sino de la conexión (o desconexión) de las representaciones.

Allí donde Charcot postulaba que en la anatomía "verdadera" tendríamos que encontrar necesariamente una lesión -incluso cuando plantea la cuestión del trauma en relación a una ausencia de representación, no deja de pensarlo en términos de localizaciones cerebrales, aunque no se le escapa que se trata de cuestiones psicológicas-, la originalidad de Freud consiste en romper con la idea de una lesión acorde a una localización cerebral, lo cual le permite abrirse a otras topologías, otros modos de concebir el espacio corporal (y también el "psicológico"). Retomemos la argumentación de Freud: si no encontramos esa lesión orgánica tendremos que suponer otra. Lo que Freud tiene como evidencia es que clínicamente el síntoma histérico no responde a esa anatomía; es más, se comporta como si esa anatomía no

existiese, desconociéndola. Es interesante cómo sitúa el desconocimiento, en tanto hay algo que es no sabido en dos niveles: por un lado, este desconocimiento de la anatomía, y por otro que esta representación (separada de las otras) pasa a ser una representación ignorada por el resto de las representaciones y por ende ignorada por el sujeto.

Freud apela a “ejemplos tomados de la vida social”⁵. Dice: “Cuentan la cómica historia de un súbdito real que no quería lavar su mano porque su soberano la había tocado. El nexo de esta mano con la idea del rey parece tan importante para la vida psíquica de este individuo, que él se rehúsa a hacer entrar esa mano en otras relaciones”. Se trata allí de una representación que es arrastrada por otra a formar parte de un círculo apartado de las demás. No es casual que Freud tome esta historia como ejemplo porque el Rey no es cualquiera⁶ sino alguien que para el súbdito es dueño del cuerpo, el que lo nombra y el que lo mantiene. En ese “no me lavo más la mano”, ese fragmento del cuerpo, marcada por el Otro, ahora le pertenece y deja de estar a disposición del sujeto.

Pero si el cuerpo “propio” puede ser marcado y, en alguna medida, sustraído por Otro, es que también hay algo del cuerpo que es entregado al Otro. ¿Por qué? Freud lo dice claramente: “por una valoración afectiva”. Esta parte del texto resulta de gran interés. A partir del hombre que no quería lavarse la mano realizada por ese contacto real, Freud dice: “A la misma impulsión obedecemos si rompemos el vaso en que bebimos a la salud de los recién casados; cuando las tribus salvajes

antiguas quemaban, junto con el cadáver del jefe muerto, su caballo, sus armas y aún sus mujeres, obedecían a esta idea: nadie debía tocarlas luego de él”. Notemos que en todos estos casos hay algo que está sustraído al comercio común, al intercambio común. Continúa diciendo: “El motivo de todas estas acciones es harto claro. El valor afectivo que atribuimos a la primera asociación de un objeto repugna a hacerla entrar en asociación nueva con otro objeto y, a consecuencia de ello, vuelve inaccesible a la asociación la idea de ese [primer] objeto” (Freud, 1893, p. 208).

Y un poco más adelante: “*El brazo estará paralizado en proporción a la persistencia de este valor afectivo o a su disminución por medios psíquicos apropiados*”. Acá el salto que da Freud es más notorio y, podríamos decir, más cargado de intención. Ahora, no es simplemente una cuestión de asociaciones de ideas sino que se trata de un valor afectivo que es lo que genera que estas asociaciones se den de una forma o de otra, o de que queden interrumpidas en un sentido y se abran en otros. Freud se da cuenta que no se trata de una falla del pensar (lo que hoy se llamaría un trastorno o un déficit cognitivo), de un trastorno de la razón. Freud no dice que se asocia mal en tanto se trataría de una desviación del recto pensar sino que afirma que existe *otro modo* de razonar en tanto hay un “valor afectivo” que se suma e interviene en ese pensar. Un poco más adelante habla de “asociación *subconsciente*” (no olvidemos que se trata de un texto de 1893, quedaban muchas cosas por definir y conceptualizar en ese psicoanálisis *in statu nas-*

endi) cuando dice: "...la concepción del brazo existe en el sustrato material pero no es accesible para las asociaciones e impulsiones conscientes porque toda su afinidad asociativa, por así decir, está saturada e una asociación subconsciente con el recuerdo del suceso, del trauma productor de esa parálisis" (Freud, 1893, p. 209). Notemos que el término *trauma* adquiere en este contexto un valor totalmente distinto al que le otorgaba Charcot y la neurología de su época en general. El trauma ya no tiene por que ser un golpe en el sentido físico del término, puede tratarse de que el rey le toque suavemente, casi imperceptiblemente, una mano. Ninguna situación catastrófica (salvo que consideremos el término como lo hace R. Thom) sino algo en lo cual una representación es tomada por otra o por otro orden (de representación).

Lo fundamental es que algo se vuelve inaccesible para el sujeto. Ya no puede ni dominarlo ni manejarlo ni modificarlo (o sea que el síntoma no se va a poder modificar por medios conscientes, hay ahí algo que viene de otro lado). Freud termina diciendo, acorde a lo que había alcanzado a elaborar a esta altura, que la sugestión hipnótica sería eficaz en este caso.

V. La anatomía como metáfora

Recalquemos que el salto, que implica una ruptura, tiene que ver con este pasaje de una anatomía científica a una anatomía vulgar, de una anatomía unívoca a una anatomía equívoca y metafórica. Ese cuerpo que la histeria nos muestra se guía por otros reparos, por ejemplo sigue las marcas de la vestimenta. El brazo, en este sentido, se

extiende de la sisa hasta el puño, lo cual no tiene nada que ver con lo que es el territorio neurológico de lo que la medicina define como "brazo"; asimismo, la pierna es la pierna del pantalón o donde marca la ropa algún borde. Esto nos permite anticipar un corolario de estos desarrollos del psicoanálisis acerca del cuerpo: *el cuerpo es una vestimenta*. El cuerpo subjetivo es la primera vestimenta que tenemos (y, en algún sentido, la única).

El primer paso de Freud para poder elaborar un modo psicoanalítico de pensar el cuerpo (a partir del síntoma y de su teoría de la etiología sexual de las neurosis) es esta anatomía vulgar que está determinada por el valor afectivo de las partes del cuerpo. O sea que el cuerpo es un conjunto de fragmentos/representaciones reunidos (o segregados) según el valor afectivo que adquiere cada uno de ellos. Se trata así de al menos dos cuerpos siendo que ninguno de los dos es el cuerpo biológico: por un lado está la representación del cuerpo (en rigor, un conjunto de representaciones) y por otro algo de un afecto (que también hace cuerpo en tanto ese afecto está ligado a la sexualidad) que marca a esos fragmentos y les da un modo de ordenarse.

El siguiente paso consiste en plantear que este afecto es un "monto de afecto" para luego ser articulado en términos de sexualidad (el afecto es interés sexual). La energía de ese afecto tiene que ver con la sexualidad. El cuerpo, en esa dimensión sintomática, se perfila como una metáfora de la sexualidad. Freud ya lo pensaba cuando llegó a París y por eso lo sorprendió (y a la vez afianzó sus hipótesis) cuando es-

cuchaba, de diversas maneras, que allí se decía -pero no se escribía ni se publicaba- que “...se trata siempre de la cosa genital...siempre...siempre!” (Freud, 1914, p. 13). O cuando el célebre ginecólogo Chrobak, hablando de una paciente que padecía unos síntomas gravísimos y que parecía intratable, le dice por lo bajo a Freud: “¿Sabes lo que pasa? Esta mujer se casó hace 18 años y está igual que el día que se casó. El marido es absolutamente impotente”. “¿Entonces?”, pregunta Freud. “Habría que recetarle *penis normalis, dosim repetatur!*” (Ib, 14). Freud se sorprende al escuchar estas confesiones y se pregunta: si lo saben, ¿por qué no lo dicen? En verdad, fue Freud quien se encargó de decirlo, de tomar esa línea de indagación y llevarla lo más lejos posible. Es a partir de eso que Freud realiza sus primeras consideraciones acerca del síntoma histérico. No deja de plantear una causalidad de tipo traumática, pero lo traumático ya no consiste en que alguien sea golpeado por una viga en la espalda o sufra un accidente ferroviario sino que lo traumático toma valor de tal por tratarse de un trauma sexual. Es sorprendente lo temprano que surge en Freud la apreciación del trauma como sexual e infantil. Ya en “Las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1894) está claramente planteado. Luego Freud modulará esta teoría traumática ubicando entre el trauma y el síntoma la dimensión de la fantasía. Pero no desecha el punto de lo traumático, conservando de Charcot la idea de que el trauma ocasiona un vacío de representación⁷, pero al extraer esa idea del campo de lo neurológico la noción de un vacío de representación deja de te-

ner una resonancia fisiológica y pasa a mentar la dimensión de lo imposible.

VI. La sexualidad en los síntomas

Freud descubre que la sexualidad opera en la génesis de los síntomas de la histeria, pero no sólo en los síntomas de la histeria. Por ejemplo, había una enfermedad, la neurastenia, muy renombrada en esa época⁸ para la cual se planteaba explícitamente una etiología vinculada con la sexualidad. Se la relacionaba (desde antes de que Freud se ocupara de ella) con cierta práctica excesiva de la masturbación. Freud tiene en cuenta los síntomas de la neurastenia al tiempo que piensa la histeria y que elabora, en sus textos entre 1894 y 1896, esta suerte de teorema freudiano que hace del síntoma histérico (y de las neuropsicosis de defensa en general) un efecto del trauma sexual e infantil que retorna como recuerdo desfigurado y se plasma como tal en la forma que el síntoma adquiere. La consideración de la neurastenia lo lleva a suponer que hay otros síntomas que si bien se parecen a los histéricos y también tienen que ver con la sexualidad, *no* son histéricos y deben ser distinguidos tanto clínicamente como psicopatológicamente. Elaboraba entonces una primera clasificación que distingue dos modos de hacerse síntoma la sexualidad y por ende dos grupos de síntomas. Es así que distingue las neuropsicosis de defensa de las neurosis (actuales), incluyendo en estas últimas a la neurastenia y particularmente un cuadro que describe y explica y al que bautiza como “Neurosis de Angustia” (Freud, 1895). La fundamentación de esta se-

paración se encuentra en una teoría de la sexualidad que, veremos, ayudará a ubicar la noción de cuerpo en este momento de la elaboración freudiana. Esa teoría sexual se fue perfeccionando en la correspondencia con Fliess. El 7 de enero de 1895 Freud envía una carta a W. Fliess que incluye un texto que conocemos como “Manuscrito G” (Freud, 1950, p. 239). Figura ahí un gráfico en el que esquematiza la teoría sexual tal como la piensa en ese momento y tal como la proseguirá a lo largo de años, aunque por supuesto con variantes, agregados y correcciones⁹. El esquema consiste en dos líneas que se cruzan perpendicularmente en forma de cruz delimitando cuatro sectores. La línea vertical indica la división entre el interior y el exterior, el yo y el no-yo, y una línea horizontal separa lo psíquico de lo somático. En lo somático “interior” (abajo a la izquierda) Freud ubica un órgano (del cual no da demasiadas precisiones ni definiciones) que es emisor y receptor: envía los estímulos sexuales que en él se generan a un centro espinal y el centro espinal los envía a lo psíquico (una vez atravesada la barrera entre un sector y otro), que se representa mediante redes de representaciones asociadas entre sí.

A partir de estos elementos Freud supone una secuencia que tiene su punto de inicio en lo que él llama la producción de “tensión sexual somática” o excitación sexual somática; tensión en términos de diferencia de potencial que genera un desequilibrio. La noción de homeostasis está presente aquí -hay que tener en cuenta que era una idea muy considerada en la época. La tensión sexual somática se genera

“naturalmente” o espontáneamente y se constituye como un estímulo para la vida psíquica. Freud dice que hace presión, que pulsiona ¿dónde? En el límite entre lo psíquico y lo somático¹⁰. Esa fuerza tiene que vencer una resistencia, la “resistencia de conducción”; o sea que para pasar esta barrera tiene que llegar a un cierto nivel y recién ahí se ligará a representaciones (en lo psíquico) para así convertirse en “tensión sexual psíquica”. Vemos entonces que Freud piensa una sexualidad en dos tiempos: de inicio hay una sexualidad somática que luego puede llegar a tener estatuto psíquico, generándose así “un estado psíquico de tensión libidinosa”. Recién ahí aparece el término libido, en relación a esta tensión sexual psíquica, algo que tiene que ver con el orden de la representación. Es esta psicologización de lo sexual, si podemos decirlo así, lo que genera un esfuerzo por cancelar esa tensión. ¿De qué manera? Buscando un objeto en el exterior, en el no-yo. Ese objeto, convertido en el objeto sexual que puede encantar, seducir, habrá que llevarlo a una “posición favorable” pasando del cuadrante de arriba a la derecha al de abajo a la derecha, o sea de lo exterior (no-yo) psíquico a lo exterior somático. Que pase a ese otro cuadrante, abajo a la derecha, implica que a ese objeto hay que darle algún cuerpo, hay que ponerlo en concordancia con lo somático. Si no sucede así no se da lo que Freud llama “la acción específica” que produce el alivio de la tensión somática y consecuentemente también el alivio de la tensión a nivel psíquico. Freud agregará que hay dos maneras en que esta tensión sexual se puede

descargar. Una es la que muestra el esquema -al modo de un arco reflejo complejo- donde el punto problemático es la cuestión de la acción específica. Es decir si es que hay algo que específicamente podría resolver la tensión sexual psíquica¹¹. Pero hay otra manera de aliviar la tensión sexual: puede ocurrir que esa acción específica no se produzca; o puede ocurrir que haya un incremento de tensión sexual somática y que lo psíquico no le haga lugar. Entonces, la tensión sexual somática se descarga *somáticamente*, ahora bajo la forma de angustia, sin pasar por lo psíquico. Éste es el fundamento psicopatológico del cuadro que Freud, en 1895, propone distinguir de la neurastenia y llamar "neurosis de angustia".

Puede así establecer que haya síntomas que se manifiestan a nivel de lo somático (como también ocurre en las conversiones histéricas) pero que no tienen que ver con una representación desplazada sino con otro mecanismo donde, justamente, ese circuito no se efectúa. La idea de Freud es que se ocasiona algún tipo de bloqueo en ese pasaje de lo somático a lo psíquico, por alguna razón. Para llegar a ese argumento, primero Freud hace una lista de casos en los que la acción específica no se realiza, produciéndose estasis libidinal. Esa lista es sorprendente, por la amplitud de población que abarca. Quiénes estarían afectados por esta falta de la acción específica incluyen, entre las mujeres, a las vírgenes o las adolescentes porque no tienen actividad sexual; las recién casadas porque por su escasa experiencia no disponen de las representaciones para lo sexual; las casadas cuyos un ma-

ridos padecen de eyaculación precoz o con potencia muy disminuida; las casadas cuyos maridos, con buena potencia, practican el *coitus interruptus* (o también el coito normal) sin miramiento por la satisfacción de la mujer. Entonces, vírgenes, recién casadas, casadas con maridos impotentes o con maridos potentes, a lo que se suman viudas y abstinentes voluntarias y las que están en el climaterio. ¿Quiénes estarían exentas de padecer neurosis de angustia? Prácticamente ninguna. Por otra parte, entre los varones figuran: los abstinentes voluntarios, los casos de excitación frustránea, los que practican el *coitus interruptus* con o sin miramientos por la satisfacción de la mujer y los ancianos, quienes quieren pero no pueden. También una larga lista que abarca a buena parte de la población masculina.

Llegado a este punto, Freud reconoce que la cantidad de personas afectadas por estas causales supera en mucho a las que efectivamente enferman. Supone entonces que debe haber causas coadyuvantes que hacen a que la ausencia de acción específica sea una condición necesaria pero no suficiente para que una neurosis de angustia se presente. Entre las causas coadyuvantes, una importante para Freud es la que denomina "insuficiencia psíquica", que consiste en que lo psíquico no atiende, no hace lugar a los requerimientos de la tensión sexual somática, no se presta a responder a esta exigencia de trabajo que le demanda. Freud sitúa allí factores que en verdad son muy actuales, como por ejemplo tener que cumplir tareas muy duras y agotadoras. Esto es muy parecido a lo que hoy llamaríamos "stress", alguien

que está “con la cabeza en otra cosa” y no tiene tiempo de ocuparse del sexo y del cuerpo. Ya Freud advertía que hay algo en la vida moderna que tiende a excluir al cuerpo en su dimensión de goce. Los llamados “síntomas contemporáneos” pueden ser tomados como modos de retorno de esa dimensión del cuerpo rechazada por ciertas características de la cultura técnico-científica.

VII. Lo mixto del síntoma: la perla y el grano de arena

Nos interesa subrayar que Freud sostiene en este momento -y lo seguirá haciendo- que existen dos tipos o modos de síntomas que caracterizan respectivamente a las neuropsicosis de defensa y las neurosis simples, más habitualmente llamadas neurosis actuales. Tienen algo en común: ambos tienen que ver, en lo que las origina, con la sexualidad. La diferencia se da en que en las neuropsicosis de defensa hay un conflicto entre grupos de representaciones, en tanto en las neurosis actuales se trata de un impacto de la sexualidad no mediada por representaciones.

El mecanismo de formación de síntomas de las neuropsicosis de defensa supone un conflicto generado cuando en algún momento de la vida del sujeto irrumpe una representación intolerable ligada a un monto de afecto (Freud, 1896). Resulta intolerable o inconciliable para el yo, por lo que éste intenta rechazarla y al no lograrlo, trata de olvidarla. Freud hace notar que una vez que esto aparece no se puede volver sin más al estado anterior sino que es necesario darle algún tipo de tratamiento a eso que ha irrumpido. El

mismo consiste en restarle el monto de afecto, a resultas de lo cual la representación se reprime y el afecto desligado se desplaza, en el caso de la histeria, al cuerpo dando lugar al síntoma conversivo. Como ya señalamos, lo somático se hace presente en otra perspectiva. Porque en el caso de la conversión histérica, ese monto de afecto no va a cualquier parte del cuerpo sino a una representación del cuerpo que está ligada asociativamente de alguna manera a esa representación que se ha vuelto intolerable. O sea, no es al cuerpo de manera inmediata sino a cierta representación de una parte del cuerpo que está tomada en el círculo de representaciones afectadas por el conflicto. Esto está en la misma línea del ejemplo del súbdito al que el rey le da la mano a partir de lo cual esa mano queda excluida como representación en relación al resto.

Lo “psíquico” refiere así a todo lo que tiene que ver con esa conexión y dinámica de las representaciones, en sus juegos de enlaces y desenlaces. Si hay representación, hay mediación psíquica. En este circuito algo de lo sexual, y de lo somático, es intermediado. Lo psíquico, entonces, es también la historia del sujeto; porque para Freud lo psíquico implica que esas representaciones se van inscribiendo en una cierta sucesión y sobre todo llevando marcas que jalonan la vida del sujeto. Lo cual implica que hay sexualidad y neurosis infantiles, a esta altura vinculadas por las experiencias traumáticas.

Cuando escribe el Manuscrito G Freud todavía no ha construido la noción de inconsciente. Advendrá posteriormente, aunque está en germen en la idea

de que las representaciones dentro de lo psíquico están divididas en dos, repartidas en al menos, dos lugares. Lo psíquico es, entonces, esa división misma.

Lo que nos importa ahora es que en la histeria este monto de afecto se desplaza a otra representación del cuerpo conectado asociativamente con la que fue reprimida. El cuerpo en el que se imprime la zona histerógena es un cuerpo de representación, un cuerpo que está construido, armado por una conexión de representaciones. Éste es el cuerpo del síntoma de las neuropsicosis de defensa y también de lo que luego será neurosis de transferencia¹².

Así ocurre del lado de la histeria. En la neurosis obsesiva el monto de afecto se desplaza no al cuerpo sino a otra representación y aparentemente queda en el ámbito de lo mental, de lo puramente psíquico, no se trataría allí de una representación corporal. No existe ese “enigmático salto de lo psíquico a lo somático”. Sin embargo, es claro que para Freud el obsesivo padece en el cuerpo porque esa representación aparentemente tan mental, tan “intelectual”, tan yoica tiene todo que ver con lo pulsional por lo que ese “pensar” es una actividad erótica que vela sus orígenes y sus fines. Lo que la psiquiatría plantea en términos de trastorno ideativo es algo que, en última instancia, tiene que ver con el erotismo, y especialmente con el erotismo anal.

Vemos entonces que el hecho de que la energía sexual sea ligada por las representaciones no supone que se evite el conflicto. Ya sea porque se generen conflictos entre representaciones, ya sea porque siempre algo de esa energía sexual queda no ligado, libre.

En ambos casos el efecto es el retorno sintomático de eso que no se ajusta.

El segundo modo de formación de síntomas a partir de la sexualidad son los síntomas de las neurosis actuales. Como vimos, la energía sexual somática que no se liga a representaciones tiene una descarga inadecuada o se descarga bajo la forma de angustia. Esto se combina con otro gran descubrimiento clínico de Freud: que hay toda una serie de síntomas somáticos, a los cuales llama “equivalentes somáticos de la angustia” (Freud, 1895), cuya función es la de tener una equivalencia (económica, no se trata acá de ninguna significación) con la angustia en tanto modo de descarga libidinal. Entre los grupos sintomáticos de la neurosis de angustia Freud distingue estos equivalentes de la angustia que son síntomas en el cuerpo: diarrea, cefalea, mareos, parestesias, taquicardia, náuseas, hambre insaciable, perturbaciones de la respiración, oleadas de sudor, temblores, estremecimientos, vértigo, y otros más¹³. Lo peculiar es que, en las neurosis de angustia, son síntomas somáticos que se acompañan de angustia o incluso que, y esto es lo más relevante, a veces pueden por sí mismos remplazar el desarrollo de la angustia. Por ejemplo, puede aparecer solamente taquicardia o mareo sin que haya manifestación de angustia como tal; o sea, la angustia puede estar totalmente encubierta por el síntoma somático.

Vemos que en este segundo caso aparece un cuerpo que se acerca al anatómico pero que no termina de serlo porque está modulado e impactado por algo de lo sexual que, por más “somático” que sea en su origen, va en

busca de lo psíquico, y porque no lo encuentra termina tropezando con ese destino de angustia. Si la energía sexual no es recibida por lo psíquico entonces vuelve a ese soma, aunque ya de otra manera, transformada en otra cosa: en un sustituto del orgasmo. Es interesante que haya una suerte de segundo grado del impacto de lo sexual que son estos síntomas somáticos donde ya no se trata sólo de la angustia como tal sino de sus equivalentes. Observemos que hay un desplazamiento pero no al modo de la metáfora: es la misma energía, pero plasmada de otra manera. Hay equivalencia porque hay un mismo valor, o sea que se cumple una misma función económica. La cuestión de la significación queda por fuera de este recorrido, al menos en este recorte.

Esta dualidad nosológica -las neurosis actuales y las neuropsicosis de defensa- será sostenida por Freud a lo largo de toda su obra. Y se acompaña de otra pregunta: ¿Qué vinculación tienen entre sí las neurosis actuales y las neuropsicosis de defensa? Freud, en 1895-1896, responde planteando que existen las “neurosis mixtas” -y poco después dirá que todo síntoma neurótico se constituye según esta mixtura. En el apartado sobre la histeria de “Nuevas puntualizaciones...”, al hablar del efecto retardado del traumatismo sexual infantil, dice en un momento: “La etiología de las dos neuropsicosis de defensa presenta el siguiente nexo con la etiología de las dos neurosis simples [así llama en ese momento a las neurosis actuales], la neurastenia y la neurosis de angustia. Estas dos últimas son efectos inmediatos de las noxas sexuales mismas, según lo

expuse en 1895 en un ensayo sobre la neurosis de angustia; y las dos neurosis de defensa son consecuencias mediadas de influjos nocivos sexuales que sobrevinieron antes del ingreso en la madurez sexual, o sea, consecuencias de las huellas mnémicas psíquicas de estas noxas” (Freud, 1896, p. 168). Sigue diciendo: “Las causas actuales productoras de neurastenia y neurosis de angustia desempeñan a menudo, simultáneamente, el papel de causas suscitadoras de las neurosis de defensa”. Vemos que ambos mecanismos se entrecruzan. Y prosigue: “...por otro lado, las causas específicas de las neurosis de defensa, los traumas infantiles, establecen al mismo tiempo el fundamento para la neurastenia que se desarrollará luego.”

El pasaje que citamos concluye así: “...tampoco es raro el caso de que una neurastenia o una neurosis de angustia no sean mantenidas por influjos nocivos sexuales actuales, sino sólo por el continuado recuerdo de traumas infantiles” (Freud, 1896, p. 169). Es decir, plantea que hay neurosis de angustia que se perpetúan en el tiempo aun cuando el problema referido a la acción específica se resuelve (v. gr. el marido deja de practicar el *coitus interruptus*). Freud dice que en ese caso el síntoma se mantiene por otras razones que se vinculan con el recuerdo del trauma sexual infantil¹⁴.

Es importante señalar que aunque haya un cruce entre ambas modalidades de formación de síntomas, éstas no se equiparan ni se igualan. Es enriquecedor pensar ambos mecanismos coincidiendo en la formación de ambas formas de síntomas, dado que permite concebir dos caras o dos aspectos del

síntoma. Freud mantendrá esta manera de pensar los síntomas en varios momentos posteriores. Por ejemplo, el texto acerca de las perturbaciones psicógenas de la visión (Freud, 1910a) donde habla de las cegueras histéricas. Allí Freud se pregunta cómo un órgano que funciona como tal deja de funcionar por causas no orgánicas. Y plantea una idea, que encontramos después en “Introducción del narcisismo”, que es que cualquier órgano puede comportarse como un órgano sexual.

Por otra parte, en el historial de Dora encontramos la idea de la “solicitud somática” que surge de esta intersección de las neurosis actuales con las neuropsicosis de defensa, o sea, entre lo mediado y lo inmediato -no mediado- de la sexualidad. Allí formula que el síntoma tiene la estructura de una perla que fue generada por un fragmento extraño e injurioso, el grano de arena.

Poco después, en “Contribuciones a un debate sobre el onanismo” (Freud, 1912) Freud comenta la relación entre onanismo y neurastenia. y a partir de eso Freud dice: “...no veo nada que nos constriña a renunciar al distinguo entre neurosis actuales y psiconeurosis”. O sea, Freud sigue sosteniendo esta distinción que es una distinción entre estas dos maneras de presentarse el cuerpo. Sigue diciendo: “Yo sigo viendo las cosas como se me aparecieron al comienzo, hace más de 15 años: las dos neurosis actuales (...) prestan la solicitud somática para la psiconeurosis; les ofrecen el material de excitación que luego es psíquicamente seleccionado y revestido de suerte que, expresado en términos ge-

nerales, el núcleo del síntoma psiconeurótico -el grano de arena en el centro de la perla- está formado por una exteriorización sexual somática” (Freud, 1912, p. 257). Freud dice que, si pensamos el síntoma neurótico con esta lógica, el grano de arena que forma la “perla psiconeurótica” es un grano de... neurosis actual. O sea: de esta tensión sexual somática no mediada por representaciones. Por ejemplo, la solicitud somática, que Freud en Dora propone como una cuestión constitutiva (como una zona *sensible* en la garganta que a partir de eso se convierte en lo que da apoyo y soporte a la constitución del síntoma).

Lo que es recubierto es algo que opera como una injuria, una noxa, en tanto es algo externo, extraño y heterogéneo al cuerpo de la ostra, aunque de alguna manera terminará formando parte indisoluble de ese cuerpo. Un cuerpo extraño que hace cuerpo a partir de un encuentro que no podemos menos que llamar traumático. Esta manera de formular el cuerpo del síntoma es en verdad un modo de plantear el cuerpo en psicoanálisis en sus dimensiones clínicas.

Pero hay algo más para extraer de esta metáfora y es cómo estos dos cuerpos se combinan, manteniendo su heterogeneidad, en el síntoma neurótico. En primer término, *no hay perla sin grano de arena*: para que se produzca la perla neurótica debe haber un grano de arena que impacta también en el cuerpo. Se trata entonces de un cuerpo extraño en el cuerpo propio. Pero, en segunda instancia, también podemos decir que *no hay grano de arena sin perla*: o sea que estos síntomas actuales, estos síntomas de las neuro-

sis actuales Freud los articula con los síntomas neuróticos y no dejan de estar sostenidos y soportados por algo de lo representacional, de la historia del sujeto, de las marcas significantes que soportan y sostienen ese conflicto ahí. Pero esto no anula—más bien remarca—la diferencia insalvable entre el grano de arena (la cara real del síntoma) y las capas de la perla (la cara simbólica del síntoma).

Al decir que tampoco hay grano de arena sin perla apuntamos a que nada sabríamos del grano de arena sin esa perla. Que si el síntoma actual persiste (e insiste) es por la intervención de otros factores que no son solamente actuales sino que se entrelazan con la historia y las marcas del sujeto. Este planteo abre la posibilidad de pensar lo analizable de los síntomas actuales así como de la transformación, en un campo transferencial, de lo que se presenta como un síntoma actual en un síntoma neurótico.

VIII. Conclusiones: con Freud y (un poco) más allá

Recapitulando, hemos visto cómo encontramos en Freud al menos dos cuerpos, o más estrictamente dos dimensiones clínicas y teóricas para ese fenómeno llamado cuerpo.

La primera de estas dimensiones es el cuerpo representado. Este cuerpo es el que desconoce a la anatomía científica y se construye según una anatomía vulgar que es diferente para cada sujeto. Una anatomía que incluye la imagen del cuerpo, o el cuerpo como proyección de una superficie, construido como una superficie y que también se sostiene de una idea: una teoría (sexual e infantil) acerca de su funcio-

namiento. Esa teoría, discordante con respecto a la ciencia, es singular, por más que pueda compartir muchos elementos con otros. Podemos incluir aquí las teorías místicas o “esotéricas” acerca de lo que rige el funcionamiento del cuerpo. Como Freud le reprocha a Georg Groddeck, ese tipo de pensamiento mantiene en primer plano la idea de una “bella unidad”, ya sea del cuerpo consigo mismo así como de la unidad entre mente y cuerpo, lo psíquico y lo somático. Freud deplora en Groddeck esta devoción por la unidad, y contra esto apronta su pasión por lo fragmentario.

En efecto, este cuerpo representado y representable, por más que incluya la idea y la ilusión de una unidad (yoica, narcisista¹⁵), es claramente un cuerpo donde cada representación es fragmentaria, parcial y móvil, en tanto puede combinarse o no con otras, puede recombinarse y dar lugar a nuevas configuraciones.

Este cuerpo de lo representativo es, en uno de sus aspectos al menos, inestable, móvil, variable. Es el cuerpo que puede modificarse en el curso de un análisis y que de hecho se modifica si hubo análisis. Es el cuerpo erógeno (que no coincide con el cuerpo del narcisismo del mismo modo que el deseo y la pulsión no coinciden con el amor), ese cuerpo que por inestable y variable hace que fracasen las técnicas sexuales que intentan proponer recetas que hagan posible para todos, la felicidad sexual.

Este cuerpo representado implica también una historia, una secuencia que no se limita a la sucesión pasado-presente-futuro sino que incluye una temporalidad regida por el *après-coup*.

Esa temporalidad que obliga a Freud a plantear que lo traumático lo es en dos tiempos, como lo es el desarrollo de la sexualidad humana, con su doble arranque.

La otra dimensión del cuerpo es la que permanece ajena a la representación. En términos de Freud, la tensión sexual somática, la angustia, en alguna medida lo traumático mismo.

Esta dimensión del cuerpo es actual en el sentido de que no padece de la historia (al no haber marcas que la construyan) y también en tanto es pura actualidad, nada en potencia. Es lo que es y en ese sentido no le falta, ni le sobra, nada. Lo cual no impide que tenga su deriva y se atenga a ciertas leyes, aunque éstas no lleguen a ser reconocibles más que una vez acontecidas (el cuerpo no representado no es tampoco previsible a pesar de que su funcionamiento parezca "natural"). Pero este cuerpo tampoco es el de la anatomía y fisiología generales, las cuales no dejan de ser modos de representación. Aunque Freud parezca plantearlo así, no se recubre con ninguna ley (ni actual ni pasada ni futura) que la ciencia pueda enunciar. Escapa también a este reduccionismo universalizante de la ciencia, aunque de otro modo que el cuerpo representado. Si éste lo hace por la singularidad irreductible (no hay un cuerpo universal), aquél escapa porque justamente la imposibilidad de marca, lo que circula por fuera de la representación, no podría encajar en los moldes de ningún concepto. Tiene que ver con eso del cuerpo que siempre está silencioso, aunque resuene a partir de muchas cosas, especialmente de ciertas palabras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALLOUCH, J. (1984), *Letra por letra*, Cap. 2, Edelp, Buenos Aires, 1984.

FREUD, S. (1893), "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices e histéricas". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. I, pp. 191-210, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1950 [1892-99]), "Fragmentos de la correspondencia con Fliess". En *Obras Completas*, Vol. I, pp. 211-322, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1893-95), "Estudios sobre la histeria". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. II, pp. 1-310, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S., (1895), "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. III, pp. 85-116, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S., (1896), "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. III, pp. 157-184, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1905a), "Fragmento de análisis de un caso de histeria" ["Dora"]. En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. VII, pp. 1-108, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1905b), "Tres ensayos de teoría sexual". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. III, pp. 109-211, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1910a), "La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. XI, pp. 205-216, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1910b), "Sobre el psicoanálisis 'silvestre'". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. XI, pp. 217-228, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1911), "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. XII, pp. 1-73, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1912), "Contribuciones para un debate sobre el onanismo". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, Vol. XII, pp. 247-264, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1914a), "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico". En *Obras Completas*, Vol. XIV, pp. 1-64, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1914b), "Introducción del narcisismo". En *Obras Completas*, Vol. XIV, pp. 65-98, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1915), "Pulsiones y destinos de pulsión". En *Obras Completas*, Vol. XIV, pp. 105-134, Buenos Aires, 1979.

FREUD, S. (1925), "La negación", En *Obras Com-*

pletas, Vol. XIX, pp. 249-259, Buenos Aires, 1979.

KANTOROWICZ, E.H. (1957), *Los dos cuerpos del rey. Un estudio de teología política medieval*, Alianza, Madrid, 1985.

LEIBSON, L. (1999), "¿Qué le hace el psicoanálisis al cuerpo?". En Tendlarz, E. (comp.) *¿Qué cura el psicoanálisis?*, pp. 47-72, Ed. Biblioteca Nacional, Buenos Aires, 1999.

LEIBSON, L. (2000), "Notas sobre el cuerpo". En revista *Psicoanálisis y el hospital*, n° 18, pp. 8-12, Ed. Del Seminario, Buenos Aires, 2000.

LEIBSON, L. (2008), "Algunas consideraciones acerca del cuerpo en psicoanálisis". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, pp. 89-100, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, 2008.

NOTAS

¹Véase al respecto Leibson 1999, 2000, 2008.

²Otro interés que tiene la localización en psicoanálisis de las diversas dimensiones del cuerpo tiene que ver con la problemática que se resume bajo el nombre de *lo psicósomático*. En Freud podemos ver cómo desde sus primeros textos hay un interés acerca de esto que luego se llamará "lo psicósomático". Por ello, un objetivo adicional de esta investigación, que será tema de futuros trabajos, es ubicar los momentos en los que Freud desarrolla esta pregunta y bajo qué formas lo hace. Este desarrollo acerca de las dimensiones del cuerpo en Freud es preparatorio para aquello.

³Para este punto, véase el estudio que realiza J. Allouch en *Allouch 1984*, cap. 2.

⁴Se entiende que acá lo de "simular" tiene el sentido de figurar, representar, y no el de una intención consciente de engaño.

⁵Es un rasgo metodológico en Freud el tomar elementos de la vida cotidiana, en este caso un chiste, como elementos probatorios de su argumentación. Otro modo de entrar en antinomia con el estilo científico que descalificaba estos elementos.

⁶Como veíamos al inicio al hablar del particular trato que reciben los cuerpos de algunos reyes.

⁷Mantendrá esta idea hasta sus últimos textos, v. gr. "Moisés y la religión monoteísta".

⁸Las nosologías tienen modas; como la ropa, en un momento visten bien y pasado un tiempo se dejan de usar. Hoy día, por ejemplo, nadie haría un diagnóstico de parafrenia en sentido kraepeliniano o de psicastenia o de neurosis de angustia.

⁹Esta manera de tomar ideas o textos y luego proseguir con ellos mediante el uso de añadidos, recortes, agregados, rectificaciones, tan propio del método freudiano y coherente con la lógica del psicoanálisis como práctica, es particularmen-

te notorio en lo que atañe a las teorías sobre la sexualidad, que necesariamente implican al cuerpo en varias de sus dimensiones. Un texto donde manifiestamente opera este método es "Tres ensayos para una teoría sexual", (Freud, 1905). Lo fragmentario, sustituible, efímero y también inmovible del cuerpo se plasma en la construcción de este *corpus* textual.

¹⁰Notemos que encontramos a esta altura lo que será la definición de Freud de "la pulsión como exigencia de trabajo para lo psíquico" (Freud, 1915). Así como la de pulsión como concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Por lo que la pulsión no es la tensión sexual somática pero tampoco es exactamente la tensión sexual psíquica; la pulsión está en este límite, en el salto, en el traspaso mismo de un registro al otro. El límite no en sentido físico o anatómico sino que la pulsión (ese concepto límite) es ese momento en que hay un salto y allí se produce un cambio cualitativo de lo que funciona entre lo somático y lo psíquico.

¹¹Con respecto a la idea de una "acción específica" mediante la cual debería satisfacerse esa tensión sexual, habrá que aguardar a un texto de 1910 titulado "Sobre el Psicoanálisis silvestre" (Freud 1910) donde dirá que no es correcto el planteo de que el coito resuelve el problema que la sexualidad le plantea al sujeto. Dice, entre otras cosas, que puede haber insatisfacción donde no falte comercio sexual normal y de hecho la hay porque la satisfacción toma la vía del síntoma. En verdad, ya en "Tres ensayos...", podemos leer que Freud parece haber olvidado todo lo referente a la "acción específica". De hecho, que la angustia también sea una descarga anula la especificidad de esa acción.

¹²Nombre que tomarán más adelante algunas de las neuropsicosis de defensa. Específicamente, la histeria, la neurosis obsesiva y hasta cierto punto la fobia. Bas las psicosis, a partir de la introducción del narcisismo como efecto de la lectura de las memorias de Schreber, pasan a formar parte de otro grupo.

¹³Los síntomas de la neurastenia también eran síntomas fundamentalmente somáticos pero distintos. Por ejemplo, constipación (donde en la Neurosis de Angustia hay diarrea), o también cefaleas pero de otro tipo.

¹⁴En una nota al pie de 1924, Freud subraya que no se trata tanto del recuerdo traumático sino de los perdurables efectos de las fantasías, lo cual vuelve aun más interesante esta hipótesis.

¹⁵Que bien podría plantearse como una tercera dimensión del cuerpo en Freud, aunque nos inclinamos por pensarla como una variante del cuerpo de la representación.

RESEÑA CURRICULAR DEL AUTOR

Médico. Psicoanalista. Profesor Adjunto regular de Psicopatología, Cátedra II, Facultad de Psicología UBA. Docente de la Maestría en Psicoanálisis, Facultad de Psicología UBA. Docente de posgrado del Instituto de Altos Estudios Universitarios (Barcelona, España). Investigador formado en varios proyectos UBACyT. Miembro de "Ensayo y Crítica del Psicoanálisis". Supervisor clínico de las residencias de los Hospitales: B. Moyano, J. T Borda, Hospital de día (turno tarde) del Htal. T. Álvarez.

E-Mail: leibson@fibertel.com.ar