

## EL CASO DORA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOSOMATICO

(Simposio de psicología XXVIII Congreso PLR - 1967) Publicado en la

"Revue Française de Psychanalyse No. 4 - 1968.

**P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan y Ch. David**

**Traducción: Eloísa Castellano-Maury**

Aunque no respeten exactamente el orden de las intervenciones del Congreso, los textos recopilados aquí son su fiel reflejo. Las contribuciones de P. Marty y de M. Fain figuran separadamente. Las de M. de M'Uzan y Ch. David aparecen con un título común "Dora ¿una introducción a la psicología?" recogiendo la totalidad del desarrollo de los temas abordados. Recordemos que en la presentación del Congreso Ch. David abrió la discusión con el diagnóstico del caso y las relaciones entre actividad onírica, histeria y somatización. M. de M'Uzan se refirió al problema de la complacencia somática, de la identificación y la relación entre histeria acting out y somatización. La mayor parte del texto que publicamos a continuación es el resultado de una cooperación indisociable. Pedimos disculpas al lector por las inevitables repeticiones que aparecen en los distintos artículos destinados en principio a un Congreso.

### COMUNICACIÓN DE M. FAIN

Nuestro deseo no es el de aportar una contribución más a las numerosas discusiones que tan ilustre paciente ha suscitado. Vamos a intentar exponer un método original basado en nuestra experiencia clínica con enfermos somáticos. Nuestro punto de vista, que se puede resumir en esta perogrullada: "los pacientes con trastornos psicología difieren de los que presentan trastornos psíquicos" despierta muchas reticencias. Sea como fuere, nuestra costumbre de tratar pacientes somáticos nos predispone a observar cuidadosamente la capacidad **funcional** de los investimentos mentales conscientes e inconscientes de otro tipo de pacientes. ¿Por qué el caso Dora? En esta introducción se intenta demostrar que el enfoque psicoanalítico clásico de los pacientes ha ido dejando de lado un punto de vista distinto; en cierto modo el caso Dora marca un hito en esa bifurcación. Para ser más exactos: los causantes de esa bifurcación fueron los discípulos de Freud ya que él mantuvo siempre los dos puntos de vista hasta el final de su vida.

A primera vista, nuestra intrusión en el caso Dora puede parecer iconoclasta. En efecto el tema "Sueño e histeria" en que se basa, nos advierte claramente de cuál es el objetivo de Freud: Dora debe disipar definitivamente los relentes hipnóticos atribuidos a supuestos estados degenerativos de la histeria. Aunque al ser hija de un sifilítico (lo que, dicho sea de paso, permitió su encuentro con Freud) Freud no puede evitar demostrar interés por ese antecedente. Sea como fuere, el caso Dora tiene que demostrar la relación entre los mecanismos que rigen la formación de los sueños y los que originan la conversión histérica. También el hipnotismo pretendía estar relacionado con los sueños, pero Freud descubre que los orígenes de su producción son distintos... Freud se distancia del punto de vista psicofisiológico y crea la metapsicología, alejándose así del aspecto

psicosomático que trasluce en "*Los estudios sobre la histeria*" casi tanto como la presencia de Breuer... "*El sueño y la histeria no te decepcionarán, espero. Lo más importante sigue siendo el elemento psicológico, la utilización de los sueños y algunas particularidades de la actividad mental inconsciente*", escribe a Fliess. Por eso, observar a Dora bajo el punto de vista psicosomático puede parecer regresivo. En efecto, nos vamos a preguntar si los movimientos instintivos de la eterna jovencita degeneraron en vulgar excitación nerviosa no integrada por el organismo. Es como si volviéramos a las teorías que prevalecían antes de Freud y que aún hoy tapan los ojos a los miopes. De hecho, no somos nosotros los que volvemos a una pseudo-psicofisiología: no hacemos más que comprobar el resultado del proceso que lleva a la somatización.

Dicho de otro modo, la iconoclasia lleva a la psicosomática. Esto nos conforta en la idea de abordar a Dora desde otro enfoque. Me parece - quizás sea una fantasía megalomaniaca - que nos hemos convertido en legítimos interlocutores del Freud de 1900. Ha pasado mucho tiempo antes de que me diera cuenta de la gran similitud que existe entre nuestras investigaciones actuales y la insistencia de Freud en distinguir los trastornos atribuidos a descargas somáticas como las describe en las neurosis actuales, de las manifestaciones de conversión histérica... "*Hay que buscar en el mecanismo de la neurosis de angustia en primer lugar la desviación de la excitación sexual somática fuera del campo psíquico y en segundo lugar la utilización anormal de esta excitación debida precisamente a esa diferencia*". Esta observación fue hecha antes de "*Los estudios sobre la histeria*". En sus cartas a Fliess, Freud vuelve varias veces sobre este tema. Las observaciones de neurasténicos, que figuran como "melancólicos", son en su mayoría enfermos funcionales somáticos. El 3 de marzo 1895 aborda el problema de la migraña hemicránea en su aspecto de "*neurosis actual*". Le cito: *Es presumible que el territorio vascular del plexo coroideo sea el primero afectado por el espasmo de descarga*". Vemos así aparecer bajo la pluma de Freud un significado distinto del término de espasmo que utiliza en la histeria de conversión. Recordemos que en este último caso el espasmo depende de una representación psíquica. He tardado mucho en conseguir diferenciar claramente la conversión histérica del trastorno psicosomático para poder formular esta diferencia en términos sinónimos a los de Freud. La mayoría de las neurosis actuales acompañadas de manifestaciones somáticas fueron clasificadas por Freud bajo el término de "melancolía". Todos los traductores insisten en el uso incorrecto del término y en las rectificaciones ulteriores que aparecen en la obra de Freud. Personalmente, en mi lectura de la correspondencia con Fliess he dejado de lado la "melancolía" cuando me daba cuenta de que no se trataba del verdadero sentido de ese término.

Si dejamos de lado ese detalle, vemos que Freud describe un estado en el que un comportamiento sexual inadecuado privado de funcionamiento mental suscita excitaciones o inhibiciones que repercuten en las funciones somáticas.

Ahora bien, en la mayoría de los casos se considera que el comportamiento sexual insatisfecho es una circunstancia impuesta por la realidad. Si lo pensamos bien lo mismo ocurre en el comportamiento operatorio. Eso no es todo; ahora vemos claramente que el uso del término de melancolía corresponde exactamente al de "depresión sin objeto" propuesto por P. Marty. Además, la hipótesis de la transformación de la excitación libidinal en excitación nerviosa indiferenciada (radicalmente distinta del mecanismo de la represión) es en sí una pérdida de objeto y se sobreentiende en dicha descripción.

Por otra parte, Freud da a entender que una de las razones que le llevaron a hacer esta distinción entre los dos tipos de manifestaciones somáticas fueron los resultados conseguidos mediante la hipnosis. Sólo la conversión histérica está ligada a recuerdos

reprimidos. La clínica pone así de relieve la falta de representaciones ligada a ciertos trastornos somáticos. Comprobamos pues que Freud había dado un gran paso en la investigación de la vía psicosomática. Prácticamente todo lo que acabamos de mencionar se encuentra en sus comentarios: la no mentalización de la libido, su transformación en excitación o en inhibición nerviosa, la depresión sin objeto acompañada de cierto tipo de comportamientos, todo esto está presente en los escritos de Freud de antes de 1895. De hecho, sus opiniones no tienen 75 años de adelanto. El pensamiento médico de entonces era más libre que el actual: el campo científico al ser más restringido, estaba mucho más cercano a la psicosomática que la medicina de hoy. En los antiguos manuales de medicina, muchas afecciones figuran en el capítulo de las "neurosis". En comparación con las neurosis actuales, el campo de la psicopatología que Freud descubre es infinitamente más atractivo y novedoso. Esta precisión histórica no justifica el abandono de sector de la psicosomática en los trabajos de Freud. Es probable que la ruptura con Fliess fuera un factor decisivo. Posteriormente otros colaboradores de Freud alejaron a Freud de esta vía; Freud sigue ese movimiento y se desinteresa en parte del punto de vista psicosomático, pero nunca reniega de él. Un día que Jones vuelve a sacar el tema en los años 1924-25, Freud reconoce que su primera descripción era un esquema algo burdo, pero que eso no quitaba que enunciara algunas verdades que merecían estudiarse en el futuro.

El caso Dora marca el origen de la metapsicología y entierra a las neurosis actuales. No disponemos de una explicación diagnóstica del caso. Freud, que había atribuido las migrañas hemicráneas y algunos trastornos respiratorios a las mismas causas que las producidas por las neurosis actuales, no toca este tema en el caso de Dora.

El movimiento psicosomático se aleja pues de las tendencias psicoanalíticas que rigen en la actualidad y todas ellas, en su diversidad, abandonan las opiniones de Freud sobre las neurosis actuales.

Es significativo que, en un Congreso médico dedicado al cansancio, la mayoría de los autores atribuyeran la causa de esa dolencia a trastornos metabólicos. Si hubieran tenido conocimiento de la obra de Freud, habrían visto que no estaban tan alejados de su modo de ver. La noción de una química orgánica trastornada por un comportamiento sexual inadecuado se explicita claramente en su obra. A pesar de que es difícil seguir totalmente a Freud en esta vía, me parece que esbozaba la hipótesis siguiente: el agotamiento físico debido a un trabajo poco investido es la causa de frustración más frecuente al suscitar un estado de insatisfacción libidinal permanente. Se trabaja en lugar de obtener satisfacciones libidinales directas o sublimadas y el cansancio impide toda satisfacción libidinal y también las reacciones agresivas que acompañan a ese estado. Nuestros trabajos psicosomáticos han demostrado que esta deslibidinización puede aparecer, no tanto por culpa del agotamiento provocado por los imperativos sociales, sino por una disposición interna del Yo.

Es una pena que Freud no volviera a estudiar las neurosis actuales después de su trabajo sobre la pulsión de muerte ya que la desintrincación pulsional de esas afecciones es muy significativa. El ejemplo del cansancio demuestra que la omnipresencia de una tarea poco libidinizada no solo impide cualquier satisfacción libidinal, sino que además libera agresividad en un cuerpo con la psicomotricidad paralizada, representando así un peligro para el organismo, excepto si el cansancio produce inhibición acompañada de hipersomnio.

Según la concepción freudiana, si el organismo tiende a reducir el nivel de excitación únicamente mediante un comportamiento operatorio (por razones internas o externas) este

procedimiento provoca un nivel de frustración libidinal tan alto que la agresividad libre se vuelve inevitablemente hacia la integridad del organismo.

Esta digresión no nos ha alejado de Dora tanto como podría parecer. Su primera crisis respiratoria fue considerada en su momento como el resultado de un malestar provocado por el cansancio. Por otra parte, Dora vivía en un ambiente en el que el reposo de su padre era una necesidad vital. Dicho de otro modo, pensamos que la investigación psicossomática se puede aplicar a todo tipo de enfermos y no solo hay que integrarla en el examen clínico clásico, sino que prescindir de ella constituye una laguna. Creemos que la aplicación de esta técnica a un caso célebre facilita su comprensión.

#### *La observación:*

Presentaré a continuación la observación de Dora en su forma clásica.

No me detengo en los detalles que fueron apareciendo en el curso del tratamiento. Los datos de esta observación son similares a los del psicoanálisis de niños y de adolescentes: provienen de fuentes heterogéneas y requieren un trabajo de síntesis.

Yo diría que el relato de Freud tiene dos enfoques. Por un lado, nos presenta al padre de Dora como un hombre inteligente, activo, culto y por la otra como un gran enfermo, tuberculoso pulmonar, con accidentes cerebrales de origen sifilítico como trastornos mentales y desprendimiento de retina.

Freud califica de "gallarda" a la jovencita de 18 años que acude con su padre a la consulta y que no oculta su franca resistencia. El principal motivo de la consulta es la preocupación paterna exacerbada últimamente a raíz de un desmayo de Dora después de asistir a una pelea entre sus padres. A este desmayo siguen unas convulsiones y un estado delirante. La necesidad paterna de descargar en Freud la angustia que le produce el problema de su hija parece ser el motivo de la consulta.

Los trastornos de Dora se sitúan en varios planos:

1) trastornos somáticos, con crisis de tos que evolucionan por crisis y duran de tres semanas a varios meses. Estas crisis empiezan a los 12 años y provocan la primera consulta con Freud dos años antes. La familia no siguió su consejo de emprender un tratamiento psíquico ya que la crisis desapareció a raíz de la consulta.

2) trastornos de carácter caracterizados por actitudes agresivas hacia su madre y su padre, empobrecimiento de relaciones sociales.

Quién dice trastornos de carácter dice sufrimiento causado por el entorno. Ahora bien, la vida de Dora no es fácil entre los amores de su padre, el acoso de Herr K. y la pasividad de su madre. Además, la acusan abiertamente de mitomanía y de obsesiones sexuales. No es de extrañar que Dora viva este contexto en forma persecutoria y que reaccione con enérgicos movimientos de defensa. El hecho de que su relación con Freud le haya sido impuesta "mi padre me obliga a soportarle" no traduce una actitud caracterial definitiva, sino que forma parte de un movimiento general, parecido al de los fóbicos obligados a pesar de ellos a soportar sus fobias. Por esta razón me inclinaría a clasificar estos trastornos caracteriales de manifestaciones neuropáticas. Aunque pobres - el evitamiento de las parejas de enamorados es una fobia poco elaborada - traducen bien los aparentes trastornos de carácter.

A esto hay que añadir episodios depresivos acompañados de astenia.

En el momento de la consulta, las relaciones objetales de Dora se hallan lo bastante perturbadas para que se las pueda considerar infiltradas por la compulsión de repetición. El embrollo padre-madre-Frau K. - Herr K. es un conjunto, en el sentido matemático del término, con un potencial traumático considerable. Pone ante los ojos de Dora el espectáculo de sus propios movimientos edípicos directos e invertidos. Todas las relaciones de objeto de Dora la obligan a movimientos represivos que conscientemente podrían expresarse así: "*¡No me obliguéis a admitir que todo esto es cierto!*". Esta actitud proviene de la relación identificatoria interna de Dora con su Superyó y se podría asimilar a una identificación con su madre (la jovencita quiere librarse de los actores de su escena cotidiana como su madre elimina la suciedad de la casa), salvo que no acepta ni la regresión ni el desplazamiento que hace su madre. Por eso es difícil definir la modalidad relacional de Dora en el momento de la consulta.

Freud nos da también datos directos basados en su observación de Dora, por ejemplo, cuando dice que es culta, que se interesa por el arte, y que demuestra un gran espíritu crítico.

La pobreza de sus relaciones sociales se debe probablemente a la fascinación que ejerce el espectáculo de las relaciones de su padre con Frau K. y la actitud especular de Herr K. con ella.

Esta hipótesis se basa en la elaboración entre el primer sueño, cuyo carácter repetitivo demuestra su origen traumático y el segundo, mucho más rico, en el que aparecen otros personajes ajenos a los de su entorno cotidiano. Hay que añadir la tendencia homosexual de Dora - que siempre fracasa -, que aparece después de un tiempo de elaboración.

Aunque la observación no nos informa sobre la primera infancia de Dora, sus antecedentes son importantes. A los 8 años tiene problemas respiratorios a raíz de un paseo por la montaña. Freud califica esta manifestación de "asma nerviosa." El médico de entonces diagnostica agotamiento y recomienda reposo. Las crisis, que consisten en accesos, desaparecen al cabo de seis meses. También tuvo las enfermedades banales de la infancia: cuenta que su hermano caía enfermo en primer lugar, la contagiaba, y que la enfermedad se cebaba en ella con mucha más intensidad que en él. A los 12 años aparecieron las primeras crisis de migraña y las manifestaciones de tos nerviosa. La migraña desaparece a los 16 años y la tos persiste; la llevan entonces a ver a Freud. Este recomienda un tratamiento psíquico que no tiene lugar porque la crisis desaparece. Entre los 16 a los 18 años tiene un brote de fiebre a la muerte de su tía. El brote se atribuye a una crisis de apendicitis.

Los antecedentes familiares tienen mucho peso.

El padre es un enfermo grave, tuberculoso pulmonar desde hace muchos años. Además de la tuberculosis, poco antes de la consulta de Dora con Freud, tuvo manifestaciones cerebrales de sífilis con trastornos mentales y desprendimiento de retina. Freud se ocupó entonces de él y por eso él desea que ahora se ocupe de su hija. Quiere mucho a su hija con la que ha tenido una relación muy estrecha "precisamente por su mala salud" nos dice Freud. Se sobreentiende constantemente que Dora se parece a su padre y no a su madre. Su madre padece "psicosis de la limpieza", o sea neurosis de comportamiento centrada en una compulsión a fregar y limpiar su hogar.

Dora tenía una hermana mayor que murió de psiconeurosis grave.

Del hermano se dice que es hipocondríaco.

La tía de Dora a la que tenía mucho cariño muere entre las dos consultas con Freud.

La observación que acabo de esbozar resume el artículo escrito en 1900 y publicado en 1905.

Aunque Freud alude varias veces a un posible trastorno orgánico primario utilizado posteriormente de forma histérica; no habla de los problemas alérgicos representados por los trastornos respiratorios, la migraña y la tos nerviosa.

Terminaré comentando algunos detalles del caso Dora. En la introducción Freud compara el relato lleno de lagunas de la histérica con el relato preciso del enfermo orgánico. A este respecto da un ejemplo de tabes poco convincente. Cuando la admiración suscitada por la increíble facilidad interpretativa de Freud se disipa, percibimos que en el caso de Dora falta un elemento importante. Me refiero a la atmósfera mortífera que la rodea. En aquella época la tuberculosis pulmonar era un peligro de muerte permanente y una afección vascular cerebral de origen sifilítico significaba algo más que una simple enfermedad venérea. La frase de Freud en la que dice que el afecto de Dora por su padre aumentó a raíz de sus enfermedades plantea más de una pregunta. Es probable que la psicosis de la limpieza de su madre se exacerbara para luchar contra el B.K. Dora no quiere ni oír hablar de él. El hermano es un hipocondríaco, es decir que se halla invadido fantasmáticamente por la enfermedad; la hermana mayor ha muerto de forma misteriosa.

Por lo tanto, detrás de la orgía erótica que representa el entorno inmediato de Dora, se perfila la reactualización de otra problemática: el peligro de muerte.

Creo que la observación quedaría incompleta si dejáramos de lado ese aspecto.

## DORA ¿INTRODUCCIÓN A LA PSICOSOMÁTICA?

por Ch. David y M. de M'Uzan

Aunque Freud se felicite de la claridad y de la calidad de la observación de Dora hasta el punto de calificarla de verdadera "introducción al psicoanálisis"<sup>1</sup>, reconoce sus imperfecciones y sus límites. Según él esos defectos se deben al hecho de no haber detectado e interpretado la transferencia y haber omitido posteriormente el problema de la homosexualidad que desde 1923 le parecía ser la tendencia inconsciente más acentuada de Dora. Por otra parte, es curioso cómo relaciona el mérito de la observación, hasta en su aspecto didáctico, con los errores responsables de la interrupción prematura del tratamiento. En efecto, *"la facilidad con la que Dora puso a (su) disposición una parte del material patógeno hizo que (él) no se diera cuenta de las primeras señales de la transferencia."* En nuestra opinión también influyó el entusiasmo desbordante de Freud al interpretar y, ¿por qué no?, al construir el material.

Centrado ante todo en "adivinar" el sentido de los sueños, de los síntomas y de las asociaciones, reconoce con gran capacidad de autocritica, que se ha olvidado de "toda una parte del material". No sabemos si se debe únicamente a los balbuceos de la técnica que debutaba, o si existen otros motivos. Aparentemente en esa época Freud piensa que, si hubiera visto venir los movimientos transferenciales de Dora y se los hubiera traducido, la cura se hubiera desarrollado satisfactoriamente. Es probable que así fuera, pero la

---

<sup>1</sup>S. Freud, Cinq. psychanalyses PUF, p. 88

diferencia entre el optimismo implícito de Freud en el momento de la publicación del caso y la posición que adopta posteriormente después de una compleja evolución (de la que "*Análisis terminado e interminable*" es el resultado) es llamativa.

Por otra parte, ya en 1900 Freud dice que Dora actuó "*una parte importante de sus recuerdos y de sus fantasías en lugar de reproducirlos en la cura*". ¿Podríamos afirmar que un análisis exhaustivo y un manejo perfecto de la transferencia hubieran bastado para evitar la actuación y para canalizar las fuerzas implicadas en pura rememoración? No es seguro. El poliformismo y la heterogeneidad de la sintomatología de Dora y lo que sabemos de su destino ulterior nos permiten dudarlo.

La deslumbrante claridad de la observación, tal y como Freud la va desarrollando no excluye una parte de oscuridad. Ahora bien, esa opacidad (entre otras cosas) nos induce a retomar hoy el ilustre caso bajo el punto de vista de la psicósomática psicoanalítica. Los psicoanalistas plenamente convencidos de que la noción de conversión histérica abarca la totalidad del problema se sorprenderán quizás de este enfoque y tendrán la tentación de dudar de su legitimidad. Suponiendo que el diagnóstico de histeria de conversión sea el que prevalezca - y veremos que se puede discutir - no quita que el mismo Freud, en su crítica de la noción de "complacencia somática" señala y mantiene que la especificidad de la histeria de conversión es un **enigma**. De manera que Dora, presentada explícitamente como una introducción al psicoanálisis, es también para nosotros una introducción a la psicósomática.

A partir de 1894 Freud abre la vía de la psicósomática al distinguir explícitamente la entidad de las neurosis actuales de las psiconeurosis de defensa; en las neurosis actuales la sintomatología no tiene que ver con el trabajo defensivo del Yo y pone de manifiesto un verdadero cortocircuito de las funciones de elaboración del aparato psíquico. Numerosos textos<sup>2</sup> demuestran que nunca dudó de esta opinión, pero no la aplicó a la clínica, sin duda por su dualismo metodológico y su deseo de no salirse de los límites del campo que había elegido sin enfrentarse con los fundamentos orgánicos del síntoma que más tarde calificará de "*roca de la biología*". Es lícito seguir investigando esta vía en la continuidad del pensamiento freudiano, especialmente si pensamos en su evolución respecto a las "neurosis narcisistas". Evolución cuyas vicisitudes siguen desarrollándose hoy en día.

No se trata de recordar aquí la historia del pensamiento psicósomático; pero, aunque sea de forma esquemática, hay que reconocer la fuerza de la tendencia fisiológica y experimental (que ha ido en aumento en los EEUU en los últimos 10 años) y también de la tendencia aparentemente opuesta de la "locura del sentido" que Henri Ey condenaba en el campo psiquiátrico y que nosotros calificaríamos de terrorismo del símbolo.

Para evitar algunos excesos que no favorecen la investigación psicósomática, es indispensable volver a los primeros textos freudianos que inauguran y resaltan la disciplina de esta investigación y facilita su integración en el edificio psicoanalítico sin desnaturalizarla.

El análisis de Dora, que fue considerado como el primer paso en el camino de la investigación de las neurosis, constituye retrospectivamente en nuestra opinión el punto de partida privilegiado de la reflexión psicósomática; doblemente privilegiado por su opacidad (su materia prima) y la dimensión económica que no hay que desconocer ni subestimar. Mientras que en el primero de los Cinco Psicoanálisis el punto de vista

---

<sup>2</sup> Por ejemplo, en "Alocución de clausura del Simposio sobre el onanismo" (1912)

dinámico no se distingue del punto de vista energético, Freud señala aquí que *"el conocimiento de las vías no hace superfluo el conocimiento de las fuerzas que pasan por esas vías"*. Sería tentador añadir: el conocimiento de la cantidad de fuerzas implicadas, si el concepto de cantidad no provocara tantas discusiones...

Dicho de otra forma, es evidente que Freud toma en cuenta la indeterminación del caso de Dora, si no en la dirección de la cura, si en su enfoque teórico. Nos parece importante señalar este margen de indeterminación: es la prueba de que el diagnóstico de histeria de conversión, por indiscutible que sea, no da una respuesta exhaustiva ni de la génesis de los síntomas ni de la intrincación de los elementos o de la complejidad de los mecanismos observados.

*"En la realidad que intento describir aquí, la complicación de los motivos, la acumulación y la complejidad de las emociones psíquicas, en resumen, la sobredeterminación, dominan"*, dice Freud. ¿Sobredeterminación o indeterminación? En realidad, las dos nociones no se excluyen y la segunda no depende de la primera. En efecto, los síntomas conversivos pertenecen a la esfera de la sobredeterminación propiamente dicha - y en ese caso se justifica que el analista tienda a interpretar -, pero nada prueba que la totalidad de la pérfora inventiva de la sintomatología tenga sentido. Al volver a leer el caso llama la atención el polimorfismo y la heterogeneidad funcional de los trastornos de Dora. No podemos evitar enumerarlos, aunque resulte fastidioso, porque hablan por sí solos. Casi todos los aparatos se ven afectados (y no solo la sensorio-motricidad, como algunos piensan): la esfera uro-genital con la enuresis; la dismenorrea, la leucorrea, la supuesta ovaritis; la esfera respiratoria con la "pseudo-asma", la tos y la afonía; la esfera digestiva con tendencias anoréxicas, las gastralgias, el estreñimiento, la pseudo-apendicitis y la peritiflitis; y por fin el sistema nervioso, con las migrañas y la propensión lipotímica, la astenia, la tendencia depresiva o incluso los trastornos de carácter y la pseudoneuralgia facial. Semejante exuberancia suscita muchas preguntas. Por ejemplo, la de si una sintomatología tan variopinta se refiere únicamente a lo manifiesto. En ese caso tendríamos que considerar los síntomas en función de una etiología sexual inequívoca y de la participación exclusiva de las zonas erógenas. Pero de hecho algunos aspectos de la sintomatología no entran en ese cuadro y aunque muchos síntomas pertenecen indiscutiblemente a la esfera conversiva, otros se refieren con más verosimilitud a las neurosis actuales. La discusión es lícita y el mismo Freud indica que algunos síntomas somáticos<sup>3</sup> (el estreñimiento, las cefaleas y la astenia) pueden pertenecer tanto a un registro como a otro. Por lo tanto, el hecho de que estén presentes no basta para especificarlos y habría que relacionarlos quizás con el determinismo sexual o con la problemática del deseo.

Pero dada la amplitud del campo que estudiamos, esta última explicación no es suficiente y hay que considerar también lo que se refiere a la naturaleza, las modalidades, la importancia y el papel del trabajo psíquico observado en la relación. Ahora bien, comparada con la fobia y sobre todo con la obsesión, la histeria de conversión implica un relativo fracaso del trabajo mental. Se podría decir que el síntoma conversivo, en la medida en que involucra al cuerpo, facilita otro tipo de descarga y limita la elaboración psíquica. Una parte de la economía se moviliza en un juego fisiopatológico complejo, no específico, que no permite detectar la constitución de formaciones mórbidas estrictamente mentales. Quizás esto explica en parte la ambigüedad de la noción clásica de complacencia somática: por una parte, dadas las infinitas posibilidades de que los movimientos libidinales se desplacen a cualquier función, la sintomatología hística se

---

<sup>3</sup> Conferencia de clausura del Simposio sobre el onanismo



sitúa más acá de la complejidad simbólica de las demás psiconeurosis; por la otra el síntoma conversivo, al ser somático, puede representar sucesivamente o simultáneamente varias tendencias y expresar varios significados. Para utilizar la expresión de Freud, "*es un bota vieja llena de vino nuevo*".

El estudio detallado de la noción de complacencia somática (que Freud mencionará de nuevo 10 años después de la redacción de Dora) vemos que no solo es ambigua, sino que contiene la doble esencia de la sexualidad, es decir sus raíces orgánicas.<sup>4</sup> Hay que evocar la legendaria ignorancia histórica de la anatomía que utiliza la representación del cuerpo y no del cuerpo en sí. Se podría alegar también que esta ignorancia de la anatomía se acompaña de una especie de conocimiento innato y discriminativo de la fisiología, de su evolución y de sus funciones.

Así pues, la noción de arraigo somático de la sexualidad explicaba "la oferta" que los distintos aspectos del yo somático proponen al dinamismo de la sexualidad<sup>5</sup> La noción de complacencia somática pertenece pues a la primera teoría de la pulsión. Si queremos que esta noción sea algo más que una simple etiqueta hay que recordar las particularidades y las interferencias que existen entre la pulsión del yo y las pulsiones sexuales. Los puntos de fijación que en un momento dado son investidos por la pulsión dan fe del valor de zona erógena que se atribuye a un órgano o a una función ligados al dinamismo fisiológico no sexual. Otra forma de inferencia: la alteración de un órgano o de una función constitucional o adquirida tiende a atribuir a ese órgano o a esa función el valor de zona erógena, aunque originariamente no tuvieran valor semántico o simbólico. Por lo tanto, dicha zona erógena puede ejercer una especie de atracción o de seducción interna sobre la fantasía inconsciente, objeto de censura. Esta convergencia hace que la energía sexual investida (la libido) se descargue al tiempo que la fantasía le atribuye una expresión simbólica. Esta última, inscrita en el cuerpo, no posee el mismo grado de elaboración que un síntoma mental. Por otra parte, el hecho de que el órgano o la función alteradas estén sometidas a la tendencia a expresarse de la fantasía, contribuye a que la represión persista. Esta paradoja explica quizás la doble circunstancia de la sobredeterminación del esclarecimiento del síntoma conversivo y la indeterminación relativa y aparentemente contradictoria de su génesis.

Esto nos lleva a mencionar el texto "*Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión*" en donde Freud dice (1910): "*Podemos preguntarnos si el sojuzgamiento de los instintos sexuales parciales, impuesto por las influencias de la vida, es suficiente por sí solo para provocar los trastornos funcionales de los órganos*".

Freud viene a decir aquí que se necesita la participación orgánica en la formación del síntoma histórico conversivo; esta participación se consideraba generalmente como un proceso fisiológico o patológico que afectaba a un órgano o a una función cualquiera y que después se iba especificando y extendiendo para englobar los factores constitucionales o hereditarios, el estatus fisiológico y económico de una función en el momento del traumatismo psíquico y también el modo privilegiado de satisfacción a la que el sujeto está ligado. Esta enumeración no exhaustiva, muestra la complejidad de la complacencia somática.

---

<sup>4</sup> S. Freud: *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión*, 1910.

<sup>5</sup> Esta perspectiva y esta formulación dan una dimensión homogénea a nuestra problemática, aclarando el problema del famoso salto de lo psíquico a lo físico. El estudio detallado de los textos freudianos nos inclina a ver en su lenguaje dualista una metodología para abordar las relaciones psique-soma.

El pragmatismo inicial de esta noción implica una indudable exigencia clínica y especulativa; pero no se puede ignorar que es insuficiente, sobre todo después de treinta años de desarrollo de la teoría psicósomática psicoanalítica. En nuestra opinión esta limitación no se refiere a la connotación peyorativa del término "complacencia" - como si el cuerpo se prestara con gusto a las exigencias fantasmáticas inconscientes - sino a su radical sincretismo. Una reflexión exigente sobre la complacencia somática necesita su diversificación y su diferenciación: no se trata de un concepto vacío o de un pensamiento superficial, pero tampoco es un concepto sencillo y homogéneo. Puede que Freud lo viera así al principio de sus investigaciones sobre la histeria, pero no así más adelante. El hecho de que su autor no le dedicara una elaboración teórica más profunda no significa que no la mereciera.

Esta elaboración exigiría la relativización del concepto, teniendo en cuenta el grado de integración de las funciones, el régimen energético prevalente, el grado y las modalidades de la organización fantasmática y su situación en relación con la historia individual.

No cabe duda de que sería mucho más significativo y más legítimo hablar de la complacencia somática de un organismo adulto cuyos sistemas relacionales y fantasmáticos han pasado por las vicisitudes de una larga evolución; en este caso, la "oferta" psicodinámica y energética de los representantes mentales de las pulsiones pasa necesariamente por numerosos relevos y mediaciones mientras que la facultad de temporización se va desarrollando en mayor o menor grado. Por eso, mientras que gran parte del funcionamiento fisiológico del adulto se integra y se automatiza (como por ejemplo la absorción a nivel del intestino delgado y todo lo referente al peristaltismo intestinal) la noción de complacencia somática se adapta mejor al lactante por el carácter indisoluble de lo fisiológico y lo psíquico (por ejemplo: el hiperfuncionamiento gástrico representante equivalente del amor y del odio), hasta el punto que todo puede considerarse en él como complacencia somática, lo que disminuye el sentido y la especificidad de esta noción.

En cuanto a las fantasías inconscientes, aunque en los primeros tiempos del desarrollo podemos reconocer en ellas la expresión inmediata del aspecto psíquico de la pulsión (y en ese caso, sea cual fuere el caso clínico, la noción de complacencia somática tiene poco sentido) en cambio en los estadios evolutivos más diferenciados, las fantasías inconscientes, dada la complejidad cada vez mayor de la dialéctica defensiva, aunque no rompan su relación con lo orgánico, se van distanciando de sus exigencias y se organizan de forma cada vez más autónoma: diremos que se "especializan"; de forma que sus pretensiones a la satisfacción chocan con dificultades cada vez mayores y la solución conversiva no es posible más que a condición de la facilitación que ofrece el cuerpo: la de una cierta complacencia somática.

Esta última se concretiza frecuentemente, al menos en su origen, en una sintomatología física que en sí misma (como Freud lo señala en el caso Dora) no tiene sentido y éste solo se le confiere secundariamente. Este proceso solo se concibe si existe la capacidad suficiente de representar simbólicamente un deseo, un conflicto y de darle forma en un relato relacionado con el pasado del individuo. De esto se deduce (y la clínica psicósomática cotidiana lo confirma) que hay sintomatologías no conversivas en donde no existe relación alguna entre una organización funcional patológica y una formación conflictiva de la que la primera sería la expresión. En este caso el síntoma ilustra más bien una impermeabilidad de la facultad de simbolización. La oposición significativa se sitúa en ese caso entre el predominio de la organización de síntomas somáticos y la

carencia de puesta en forma de los conflictos y de tensiones a nivel mental, incluso en forma neurótica.

Así pues, se puede uno preguntar si lo que en algunos casos se refiere a la complacencia somática, constitucional o de otro tipo, no puede tener una evolución propia que escapa precisamente en mayor o menor grado a una integración a nivel mental; esto explicaría la pobreza individual de la sintomatología somática, que Freud intuyó al distinguir la categoría de las neurosis actuales.

Para volver al caso Dora, opinamos que, si algunos de sus trastornos son indiscutiblemente conversivos, en cambio hay otros (migraña, astenia, depresión, etc.) que se refieren a otra patogénesis. Freud indica que algunos de los primeros síntomas de Dora carecían de sentido inicial. Por ejemplo, ¿habría que relacionar las dificultades respiratorias de Dora a los 8 años con la escena primitiva, o se trata sencillamente de una alteración de esa función utilizada secundariamente por la tendencia de ciertas fantasías inconscientes a ligarse a ella? Por otra parte, a los 12 años Dora tiene dos síntomas que evolucionan simultáneamente: la tos y la migraña ¿Cuál es la razón de esa dualidad? ¿Existe un vínculo entre los dos síntomas? ¿Se trata de cefalalgias simples o de auténticas migrañas? Esa última posibilidad podría inferirse de lo que dice Freud: "Cefaleas de aspecto migrañoso hemicráneas" ("*Migräneartige halbseitige Kopfschmerzen*"). La tos es sin duda alguna un síntoma conversivo: la exposición de Freud demuestra que este síntoma expresa una fantasía de acercamiento sexual con el padre y un compromiso con la censura. Pero no parece que este mecanismo histérico haya bastado para dar salida, económicamente, a toda la energía existente. Una parte de esta última no parece estar incluida en el juego de investimentos y contra-investimientos representados por el síntoma. Podemos imaginar que una parte de la energía restante se ha trasladado a otro sistema en forma de pura descarga desprovista de sentido; sus efectos se comportan entonces como un nuevo factor de complacencia somática, eventualmente utilizable ulteriormente para expresar una fantasía inconsciente.

Al examinar el caso se plantean nuevos interrogantes: si aceptamos la hipótesis de las cefaleas simples, podríamos pensar que una fantasía se ha expresado plenamente en el síntoma conversivo (la tos) y que simultáneamente se ha inhibido, ya que la cefalalgia está relacionada con una inhibición de las fantasías (Marty). O bien podríamos pensar que dos fantasías inconscientes han actuado juntas, una adoptando una expresión simbólica mientras que el bloqueo de la otra, sitúa a Dora en el campo psicosomático. Si pensamos en cambio que se trata de migrañas auténticas - es decir un fenómeno alérgico - comprobamos que este síntoma coincide con el acceso de confusión mental del padre, lo que implica la amenaza de pérdida objetal. En ese momento el padre está investido, no solo como objeto de deseo amoroso de Dora, sino también como el objeto de un amplio movimiento captativo en el que cualquier singularidad tiende a disolverse. También podríamos imaginar las consecuencias del conflicto intrapsíquico que esos dos modos de investimento implican.

Otra incógnita: cuando Dora cumple 16 años sus migrañas desaparecen remplazadas por la afonía, mientras que sus accesos de tos persisten. El hecho de que la afonía sea un síntoma indiscutiblemente conversivo no se contradice con la coexistencia de la tos, ya que, dada la pluralidad de las identificaciones histéricas, el mismo significado puede manifestarse en distintos síntomas. Retomaremos este punto más adelante. La energía investida en las migrañas parece sostener ahora un nuevo síntoma, conversivo esta vez. Dicho de otro modo, el contingente energético que ha escapado al mecanismo conversivo de producción del síntoma se encuentra ahora integrado en él. Dora se hace más y más

histérica al ir madurando. Esto nos llevaría a preguntarnos si en algunas sintomatologías somáticas no conversivas la actividad interpretativa del analista actúa con el síntoma como la histérica con su complacencia somática: el analista reemplaza así la falta de histeria, sin olvidar que esto es positivo desde el punto de vista terapéutico y criticable desde el punto de vista de la comprensión teórica. En este orden de ideas y generalizando podríamos preguntarnos si la energía implicada en la producción de un síntoma somático, en sus aspectos no deficitarios, es o no es recuperable para promover un trabajo psíquico. Existirían dos posibilidades, según que esta energía estuviera integrada o no. A saber, un nuevo trastorno somático generalmente más grave (como, por ejemplo, una desestructuración) o la articulación con un relato no relacionado directamente con la historia individual y que a veces se puede ligar con un *forcing* simbólico por el terapeuta o por la participación de una formación originaria de transmisión filogenética.

En el caso de Dora, aunque algunos síntomas estén relacionados íntimamente con su historia personal y con indudables fantasías de deseo, otros parecen representar al destino de la energía puesta en algunos aspectos de complacencia somática que se articulan secundariamente con una fantasía originaria de escena primitiva.

\*\*\*\*\*

Sabemos que Freud quería dar el título de *Sueño e histeria* al fragmento de análisis de Dora por la espectacular confirmación que aportaba a la recién publicada *Traumdeutung*. Del mismo modo que el primero de los *Cinco psicoanálisis* no hubiera podido prescindir de los sueños, el tratamiento de Dora no hubiera podido realizarse sin los dos sueños que son el eje principal que estructura el caso. Sin ellos Freud no hubiera tenido suficiente material para descubrir las ideas patógenas ocultas bajo los síntomas: el rompecabezas de datos que su joven paciente le va dando no se hubiera podido reconstituir o tendría lagunas importantes que habrían obscurecido o cambiado su sentido. La acción curativa, por muy limitada y precaria que fuera, se funda principalmente aquí en la actividad reconstructora del analista a partir del material onírico.

Ciertas observaciones introductorias del autor nos hacen pensar que la redacción del texto está más elaborada que el desarrollo real de las sesiones; esto se debe probablemente al papel predominante que Freud otorga a los sueños que puntúan y estructuran el relato del tratamiento. De ahí el contraste llamativo entre su maquinaria compleja, útilmente organizada, con las vicisitudes de la evolución terapéutica y con la opacidad nosográfica y diagnóstica mencionada.

Sea como fuere, a pesar de que el resto del material era "*más pobre de lo que (Freud) hubiera deseado*" la calidad excepcional de los dos sueños de los tres meses de la cura muestra la capacidad representativa del contenido onírico. Recordemos que la mayor parte de la estratificación semántica del síntoma de la tos se establece gracias a la interpretación del primer sueño y el estudio intensivo del segundo facilita la inserción de gran parte del material recogido anteriormente en el discurso asociativo.

Los dos sueños muestran las importantes posibilidades de condensación, de desplazamiento, de simbolización y de dramatización de la paciente; aunque quizás la contribución activa y fecunda de Freud en el análisis las haya favorecido. Al alimentar la demanda de representaciones que surge del inconsciente el terapeuta facilita, e incluso

induce la representabilidad y la figurabilidad de los afectos aislados o desplazados; de lo contrario los componentes originarios de la neurosis no podrían haber salido a la luz con una estructuración tan convincente y la lisibilidad de la neurosis de Dora no nos parecería tan clara.

Por otra parte, la soltura con la que la joven sigue la demostración interpretativa de Freud y la facilidad con la que se muestra convencida disimulan una resistencia importante a la transferencia. La agilidad prestigiosa, segura y detallada de la reconstrucción del analista hacen que, precisamente por eso, no preste atención al análisis de la transferencia: el mismo Freud resalta la facilidad con la que Dora puso a su disposición el material patógeno y su propia ceguera ante las primeras señales de la transferencia. Fascinado por la riqueza y el poder evocador del material, deja que Dora desarrolle inconscientemente una parte de transferencia negativa relacionada con otra parte del material que de esta manera escapa a la atención analítica.

Por esa razón se podría decir que el valor expresivo y simbólico del sueño está hipertrofiado - por mucho que Freud le haya otorgado a sabiendas y deliberadamente un lugar preponderante - y que, precisamente por eso, su aspecto funcional fue pasado por alto. Hay varias explicaciones: la afinidad del sueño con los procesos psíquicos de la histeria; el deseo de ilustrar y confirmar su teoría predominante mediante la clínica; una contratransferencia marcada, entre otras cosas, por una borrachera interpretativa, compartida a veces por la paciente y expresada con gran libertad ya que en aquella época se suponía con optimismo que existía una armonía indudable entre intelecto y curación. Estas razones contribuyeron también a que Freud señalara la coincidencia del material onírico con los datos sintomáticos para demostrar su coherencia, pero no el carácter repetitivo del primer sueño y el valor de acting del segundo que fijan los límites de la eficacia y del poder representativo. Ahora bien, la posibilidad de que la red de síntomas somáticos de Dora se entendiera de forma conversiva, o dicho de otro modo como un sueño del cuerpo, un onirismo de la corporeidad, no parece corresponder a la complejidad de los fenómenos observados. Así pues, los trastornos somáticos serían como un eco de las fallas de la función onírica, traduciéndose especialmente por rasgos distintos de los de la esfera simbólica y que se entienden mejor en el contexto económico que en el dinámico.

Así pues Dora no consigue que su hostilidad transferencial (por mucho que fuera latente y estuviera disfrazada) sea escuchada ni en sus asociaciones en la sesión ni en su segundo sueño e interrumpe la cura: actuación decisiva de los que no ha podido significar. Es el recurso a la actuación típicamente histérico que hubiera podido ser evitado con una técnica más vigilante, como Freud mismo reconoció. Ciertamente, pero ¿se trataba únicamente de histeria? ¿Hubiera bastado la habilidad interpretativa para evitar la fuga? Nos permitimos dudarle.

El trabajo del sueño es un trabajo de representación, de figuración de lo que, en principio, se presenta a la psique como material en bruto, imposible de ser representado directamente. La elaboración mental del deseo inconsciente solo puede traducirse mediante una ligazón activa entre el presente y el pasado, entre "los distintos círculos de representaciones". Esta operación se hace unas veces mediante una representación de cosa privilegiada, dotada de una polivalencia de significado latente gracias a su posición "en intersección" en relación a la pluralidad de esos círculos y otras veces mediante representaciones de palabra, por ejemplo palabras que hacen cambiar de rumbo como la palabra gota (que significa "joya" y "limpio" en alemán) Cuando aparecen esas palabras que sirven de placa giratoria en la elaboración de los afectos y se ligan a los recuerdos, entonces éstos "asumen la representación del contenido del sueño".

La necesidad de compromiso, propia de las representaciones del inconsciente, es una exigencia de trabajo psíquico. Este trabajo, especialmente en el plano onírico, se realiza mediante una actividad sintética que es también una actividad de captación de energía (energía libre). Cuando esta exigencia es muy grande y la capacidad representativa de los pensamientos inconscientes se ve desbordada, es fácil concebir que otro elemento distinto del psiquismo, o sea el comportamiento o el cuerpo, ocupe el lugar de lo que el psiquismo no puede abarcar "absorbiendo" lo no significado, lo no representado, lo no manifestado.

Ahora bien ¿qué vemos en Dora? Incluso si le concedemos la riqueza elaborativa que Freud le atribuye (y es arriesgado suponerlo) las reacciones transferenciales no se expresan de forma exhaustiva en los dos sueños, pilares de la observación; de ahí los actos sintomáticos, acting out y otros síntomas durante o después de tratamiento; tampoco aparece en ellos toda la carga de complejos, edípicos y pre-edípicos que sostiene la complicada y polimórfica sintomatología somática y psíquica. Parece como si ya a partir de la primera infancia una parte del potencial pulsional de la enferma no hubiera podido ligarse, organizarse y canalizarse para ser drenado por las vías de la representación inconsciente, sino que se hubiera inscrito en su cuerpo. ¿Complacencia somática? Se puede llamar así, pero hay que tener también en cuenta la potencialidad expresiva de un contingente de manifestaciones somáticas paralelo al dinamismo psíquico inconsciente. Dicho de otro modo: algo ha ocurrido en ese margen de indeterminación semántica. No se trata únicamente de la predisposición o de la propensión a somatizar característica de la histeria de conversión, pero también del "laxismo" del vínculo que existe a pesar de todo entre el fenómeno corporal y el determinismo de los representantes pulsionales.

Ahora bien, aunque la actividad interpretativa intensa desplegada por Freud haya alimentado, o incluso atiborrado, las necesidades representativas del inconsciente de Dora, no podemos evitar ser escépticos en cuanto al valor diagnóstico de los dos sueños, incluso en su contexto asociativo.

Es cierto que en la clínica psicósomática el valor expresivo de la vida onírica es pobre o se encuentra inhibido y en comparación las insuficiencias funcionales de la actividad onírica de los neuróticos son insignificantes. Es cierto que especialmente en la complacencia somática de las histéricas de conversión, el laxismo del vínculo psicósomático es menos que el que se puede ver en las somatosis. En este caso la actividad de síntesis representativa no drena más que una capa cortical del psiquismo, sin ligar más que de forma esporádica y muy frágil los restos diurnos en los sueños y los componentes actuales de las fantasías a los deseos infantiles inconscientes; da la impresión que la mayor parte del impacto traumático y de la tensión conflictiva discurre por otras vías, las de la motricidad y la de los distintos disfuncionamientos o distorsiones fisiológicas. ¿Cómo es que en este caso los sueños, a pesar de las posibilidades interpretativas intelectuales que proponen al investigador, a pesar del arcaísmo y la profundidad reveladora de sus elementos, no proporcionan en realidad más que "una corriente no navegable" como dice Freud, que ni la desaparición de la amnesia ni el trabajo relacional pueden transformar? Si el psicósomatólogo puede mantenerse a flote es porque moviliza un funcionamiento psíquico paralizado y a veces porque su propio trabajo interpretativo explícita una masa psíquica amorfa y caótica.

Ahora bien, es evidente que, aunque Freud haya inducido o incluso sugerido activamente fantasías a Dora, no ha sacado de la nada las "guirnaldas de flores" tendidas en los "cables de hierro" de los distintos trastornos somáticos, y solo en algunas ocasiones ha revelado y "precipitado" una estructura semántica latente.

Si consideramos únicamente la actividad onírica de Dora durante su breve análisis - en la perspectiva clásica de *La interpretación de los sueños* - y si la comparamos con los síntomas brillantemente revelados por el estudio detallado de los dos sueños, tendríamos que considerar el famoso caso como una ilustración pura y ejemplar del misterioso fenómeno conversivo, sin la ambigüedad ni la incertidumbre que sospechamos en el cuadro mórbido. En cambio, si adoptamos un punto de vista sintético y global, en el que la actividad onírica se incluye en el conjunto de la organización de la paciente; si los dos sueños, con sus características formales se relacionan con todos los aspectos de la sintomatología, en el presente y en el pasado, así como con la transferencia y la economía general de la conducta y de la personalidad, tenemos que llegar a unas conclusiones matizadas y discriminativas. Sin dejar de reconocer el núcleo histérico evidente, diríamos que se trata únicamente de uno de los focos del caso, y le añadiríamos, como si fuera el centro de una elipse, un núcleo psicossomático, sin duda oculto, pero muy presente y eficaz. Entendemos con esto una disposición patológica propiamente dicha y no solamente el simple "metabolismo psicossomático de base" que es la característica universal definida en *La investigación psicossomática*.

Esta opinión no desmerece en nada la claridad con que Freud expone la neurosis de Dora, pero plantea el problema de los límites de la conceptualización psicoanalítica en su pureza y su radicalismo originario. Aplicada a este caso y a otros más o menos parecidos, también opone las ventajas heurísticas de la interpretación ilimitada a las ventajas opuestas, menos evidentes, pero igualmente reales, del reconocimiento de los límites de lo simbólico. Aunque la tendencia "hermenéutica" haya sido y siga siendo fecunda, puede ser también causa de ceguera ante aspectos funcionales y estructurales de algunos cuadros clínicos complejos, especialmente aquellos en los que se detecta la tendencia a la somatosis, ya sea virtual o actual. De ahí el peligro de pretender superponer la conceptualización de un caso a la realidad. Incluso en Dora, la antigua afirmación de Lacan en *La transferencia* de 1951 de la identidad del "*concepto de la exposición y el progreso del sujeto, es decir de la realidad de la cura*" nos deja escépticos. Por muy tenue que sea la diferencia entre el inconsciente y la conciencia de este caso privilegiado "*entre el discurso analítico y la palabra del síntoma*" (ibid) la mirada del analista psicossomatólogo no encuentra que la pantalla del Yo de la joven histérica sea tan transparente, tan absolutamente translúcida. Pero quizás no sea obscurantista denunciar la opacidad, esté donde esté.