

# La imagen corporal en la histeria de conversión<sup>1</sup>

*María Adela Pozzi de Ríos*

## 1) INTRODUCCION

El abordar y aportar conocimiento sobre el tema del síntoma conversivo histérico, lleva a realizar breves comentarios previos que sirvan para definirlo y delimitarlo.

En tanto un hecho corporal, la conversión demanda tratar primero de conceptualizar el término teórico “cuerpo” en psicoanálisis, discriminándolo del concepto del cuerpo u otras denominaciones como “esquema postural” o “esquema corporal”, utilizados en enfoques ajenos al psicoanálisis.

Tenemos que plantearnos dos hipótesis. Primera: ¿en qué noción de “cuerpo” se realiza y se expresa el síntoma histérico? Segunda: ¿los aspectos del cuerpo *no* afectados por la conversión son susceptibles también, de admitir una lectura psicoanalítica de la fantasía?

Si esto último es cierto la lectura de la histeria admitiría, según mi opinión, una visión más integradora de la afección conversiva misma. Este trabajo se propone justamente aportar alguna idea sobre el trastorno conversivo en el cuerpo del histérico que toma como base esta visión más abarcadora.

Atento a las dos hipótesis señaladas voy a delimitar el concepto psicoanalítico de cuerpo y luego abordar un caso clínico que me permita ilustrar la segunda hipótesis.

Voy a utilizar un caso de histeria masculina, tratado por mí, que padece de síntomas conversivos que afectan a la mitad izquierda de

---

<sup>1</sup> Este trabajo, con algunas modificaciones, fue presentado en la Sociedad Psicoanalítica de España y en APdeBA en 1992.

su cuerpo. Aunque pretendo que las reflexiones resultantes abarquen a ambos sexos.

Los esquemas teóricos que utilizaré siguen una línea que comienza en Freud y termina en Meltzer pasando por Melanie Klein y Bion.

## 2) EL CONCEPTO DE CUERPO PSICOANALITICO

Comienzo con el intento de discernir, brevemente, diferentes definiciones que implican al término “cuerpo”. El objeto es facilitar el acceso al término teórico “cuerpo psicoanalítico” deslindándolos de otras acepciones no psicoanalíticas. Con este objetivo voy a presentar un breve esquema (Ríos, C., 1980) que permite relacionar este concepto con otros semejantes. Veamos:

<i>Otras disciplinas</i>	{ Anatomía: Cuerpo objetivo Neurología: Reil: Cenestesia Head: Esquema Postural Bonnier. Esquema corporal Pick. Imagen corporal
<i>Psicoanálisis</i>	{ Cuerpo erógeno: Freud Imagen corporal libidinal: Schilder Cuerpo erógeno e imagos agresivas: Klein Cuerpo como imagen y lenguaje: Lacan Cuerpo como letra: Leclaire

Considerando, muy sucintamente el tema, vemos que el cuerpo de la anatomía se constituyó sobre la base del estudio de cuerpos muertos (Fedida, P., 1971) a los cuales se aplicaron conceptos geométricos euclidianos tales como: líneas, planos, y sus respectivas orientaciones. Por ejemplo el corazón, es visto como poseyendo una cara anterior y otra posterior, es decir que para describirlo se lo incluye convencionalmente en el interior de la figura geométrica de un “cubo”.

Estas nociones no otorgan el conocimiento de otra exterioridad ni

interioridad que no sea la meramente geométrica. Pero esto es comprensible dentro del positivismo de la época y el enfoque geométrico permite actuar y orientar tanto al anatomista como al cirujano. Aquí siempre los órganos son visibles porque se los considera disecados y aislados.

Es un cuerpo sin mitos ni secretos que resulta en una unidad mecánica de partes anatómicas previamente seccionadas.

Curiosamente, el anatomista parece haber realizado la fantasía kleiniana de penetrar, abrir y cortar el vientre materno y sus contenidos y luego ordenar obsesivamente los órganos. El cadáver queda convertido en la “pieza” o “preparado”, que ominosamente segmentado subsiste en cubos de vidrio o plástico como desafiando al tiempo y a la muerte misma (Bernard, M., 1980).

Sólo voy a enumerar a los distintos investigadores de la neurofisiología o neurología que intentaron dar una versión que de a poco se va acercando a las consideraciones más psicológicas.

*Reil*, a comienzos del siglo XIX, inicia una trayectoria hacia conceptos más humanizados y heurísticos del cuerpo; con su noción de “cenestesia” (sensaciones comunes) trata por primera vez de abarcar la idea del cuerpo como *una totalidad para la conciencia* del sujeto basada en la integración de la información aferente sintetizada en el sistema nervioso central.

*Head* continuó con esta impronta integradora poniendo de relieve la formación de un “Esquema Postural” en el que también los receptores periféricos integrarán y contendrán los datos esquemáticos de la postura. Lo cual hace que este esquema tenga un carácter más dinámico aún que el anterior.

*Bonnier* presenta por primera vez la noción de “Esquema Corporal”. El trata de señalar que la conciencia crea, en base a la información que le llega, un modelo más o menos fijo basado en las percepciones, con cierta configuración espacial y representación cortical. Esto era avalado experimentalmente por el fenómeno del miembro fantasma en pacientes que sufrían amputaciones en un brazo o pierna y que “segúan moviéndolos” como si los tuviesen.

Esta noción continúa siendo enriquecida por Pick quien habla de “Imagen Corporal”, y es claro que este término resalta el valor constituyente del elemento visual como prevalente. A esta altura del conocimiento del tema lo interesante es que *la idea de imagen corporal incluye las vestimentas y herramientas* usuales (i) de uso por parte del paciente como formando parte del mismo. Esto rompe

muy drásticamente con la rigidez de la anatomía y pone un elemento psicológico en su definición.

Vamos ahora al cuerpo en psicoanálisis. El Freud de “Tres ensayos” sienta las bases para la comprensión de un “cuerpo libidinal” que aparece con una rica variedad de componentes, y expresando proteiformes deseos de diversas fuentes libidinales. Por ejemplo el deseo de ver, libidinalmente concebido, no es descrito como un mero hecho fisiológico sino también como un evento que otorga placer y por ende es susceptible de represión dando lugar, por ejemplo, a una ceguera histérica conversiva. El ojo anatómico goza de salud oftalmológica y neurológica pero el ojo libidinal se queda “ciego” de una manera especial, ya que esta “ceguera” cede a la sugestión hipnótica o a la elucidación del significado en el análisis.

La obra de Schilder (Schilder, P., 1958) merece una mención especial porque completa la visión psicoanalítica del cuerpo que comenzó Freud. Para este autor, el tacto, la visión y lo auditivo tienden a formar “unidades de percepción” que actúan al consuno con el cuerpo libidinal. Esto le permiten conceptualizar una Imagen Corporal muy plástica y muy dinámica. En efecto, esta imagen es caleidoscópicamente cambiante, no sólo consigo mismo sino en sus relaciones con las imágenes corporales de las personas del entorno, por lo tanto también es claramente vincular.

Este cuerpo erógeno aparece descrito como un mosaico (oral, anal, fálico genital) libidinal con una estructura altamente específica para cada persona. Este mosaico contiene y expresa la propia historia de los deseos y además le provee de multivalentes posibilidades de goce (perversión-polimorfismo).

La imagen corporal libidinal del psicoanálisis aparece cargada de valores simbólicos, visualizándose a veces en los sueños en forma semejante a algunas imágenes pictóricas surrealistas, fantasmagóricas y extrañas. Quizás lo más significativo es que esta imagen corporal también se vive como cambiando su volumen; ora se dilata, ora se contrae (recordar anorexias o delirios somáticos) según los fantasmas del deseo inconsciente.

Lo claro es que estas nociones aportadas por el psicoanálisis están ya muy lejos de los conceptos que nos han dado los neurólogos y los anatomistas, muy útiles en la ciencia. Esta perspectiva de Imagen Corporal Libidinal, deconstruye y desrealiza a la pretensión del cuerpo objetivo como el único verdadero (Bernard, M., 1976) y permite la aparición del cuerpo fantaseado con sus mitos.

Quizás por eso el cuerpo de los histéricos de Freud fue visto como una amenaza para la noción de cuerpo de los anatomistas que tan prolijamente habían disecado y reunido en una geometría durante el siglo XIX.

Lo característico del enfoque psicoanalítico del cuerpo es que rompe con la biología y sólo lo encara como un fantasma, en última instancia significado por las asociaciones de los pacientes.

El aporte de Melanie Klein puede ser deducido de un par de citas del *Psicoanálisis de niños*. Nos dice: “La observación mostró que los fantasmas de destrucción, en que los niños inundan, sumergen, empapan, queman y envenenan con la ayuda de enormes cantidades de orina constituyen una reacción sádica a la privación de alimento a que los somete la madre y, en última instancia, se dirigen contra el seno materno”. Más adelante agrega: “Sé por experiencia hasta qué punto es difícil admitir que estas ideas repugnantes corresponden a la realidad, pero los análisis de niños de corta edad no permiten abrigar dudas sobre esto, pues nos ofrecen con precisión y evidencia el espectáculo de las crueldades imaginarias que acompañan a esos deseos en toda su abundancia, en toda su fuerza y toda su multiplicidad”.

Se colige que *su noción de “cuerpo psicoanalítico” pasa a ser libidinal y destructiva a la vez según estados mentales que cambian caleidoscópicamente*. La imagen corporal está en permanente construcción y deconstrucción según la prevalencia de lo reparatorio o lo tanático en las fantasías.

Melanie Klein profundiza y radicaliza las ideas de Freud acerca de la relación con la escena primordial en la “Historia de una neurosis infantil” (Klein, M., 1962) poniendo más de relieve la maldad infantil. Este concepto ocasionó más resistencias en el ámbito de la cultura –recordar el niño que nace “naturalmente” bueno de J. J. Rousseau– que el descubrimiento, por parte de Freud, de la sexualidad infantil.

Klein da por hecho que en el inconsciente infantil el coito parental es una manera con la que los padres se agreden mutuamente por medio de sus órganos y fluidos. Juegan un papel significativo la envidia y la agresividad que acentúan la concepción sádica de la escena primaria. Como semejantes fantasmas expresan deseos inconscientes, el niño se siente fácilmente perseguido y culpabilizado por los daños que los padres se infligen entre sí y como consecuencia la retaliación altera su percepción de la imagen del propio cuerpo al

que percibe ora deforme—delirios somáticos—ora enfermo—hipocondría. Sus teorías sobre el complejo de Edipo temprano tienden a mostrarlo de esta manera.

Subrayo que el propio cuerpo del niño pasa a ser el escenario de estas fantasías ora libidinales, ora agresivas en su relación con el cuerpo de la madre, primero, y de ambos padres luego. La retaliación pone su marca Imagen del Cuerpo como escenario final en que se desarrollan los fantasmas.

No quiero dejar de mencionar que las nociones freudianas pasan a ser consideradas por los autores franceses de manera muy llamativa e interesante.

Nombro, sin adentrarme, a las lecturas de Leclaire (1968) o Lacan sobre el tema (1966).

Pero, como he dicho, mi trabajo hace un recorte y toma otra dirección apoyándose en las ideas señaladas por la línea teórica que va desde Freud a Meltzer pasando por M. Klein y Bion.

El caso clínico que presentaré muestra una sintomatología histérica que se desarrolla en el plano de una anatomía fantástica, en la cual creo colegir una relación significativa pero discriminada entre las imagos parentales que por su conflictividad dan origen a la salida conversiva.

Insisto en que la simbolización del síntoma histérico no puede ser ajena a las lecturas que provee también el mismo cuerpo erógeno del paciente *libre* de síntomas, es decir, globalmente considerado. El cuerpo no afectado por la conversión está pleno de significados.

Es necesario recordar que primero Charcot, y luego Freud fueron los que nos hicieron llegar descripciones sobre la histeria en el hombre.

Charcot, en un pequeño estudio, describe el caso de un empleado ferroviario de treinta y ocho años que trabajaba como guardabarreras, y que se quejaba de una serie de síntomas que iban desde la pérdida de las funciones sexuales hasta el estrechamiento del campo visual. También Charcot señala que el paciente tiene un síntoma que denomina “vértigo de traslación”, que se manifiesta cuando el sujeto al caminar se siente arrastrado hacia el lado izquierdo. Padece, además, de una disminución de la fuerza de ese lado de su cuerpo y además una hemianalgesia que Charcot compara al de las histéricas mujeres y no tarda, por tanto, en definirlo como histérico.

También Freud, cuando regresa de su visita a Salpêtrière, presenta un caso sobre histeria masculina. Sabemos que este hecho fue muy resistido en el círculo médico que lo rodeaba.

Comienzo este trabajo hablando sobre el paciente de Charcot, porque el paciente varón que voy a presentar, como el ferroviario del siglo pasado, consulta por dolores y molestias en la mitad izquierda de su cuerpo.

Quiero recordar la célebre frase en donde Freud señala que “el histérico padece de reminiscencias”. Para llegar a decirla Freud hizo un largo recorrido dejando atrás conceptos tales como los de “trauma” y teoría de la “seducción real”, hasta llegar a la noción de realidad psíquica y al descubrimiento del complejo de Edipo en sus famosas cartas a Fliess del otoño de 1897. Estos últimos conceptos permiten dar una base más racionalmente comprensiva al entendimiento de la histeria.

Cuando trata a Dora, en 1901, ya puede hablar con precisión entre otras nociones de la relación existente entre fantasía sexual, sueño y síntoma. Y un año más tarde de publicar el historial de Dora, en el libro “La sexualidad en la etiología de las neurosis”, 1906, afirma que los síntomas histéricos no serían recuerdos reprimidos de vivencias sexuales infantiles reales, sino expresión de las fantasías acompañantes de la masturbación infantil. Estas fantasías son luego reelaboradas en la pubertad. En ese sentido, los síntomas configurarían la vida sexual fantaseada por los enfermos, vida sexual parcial e infantil.

El que Freud describa los síntomas íntimamente ligados y estructurados por una condensación de fantasías implica un salto cualitativo importante en la comprensión de la conversión histérica.

Las fantasías tienen un papel privilegiado en la estructuración del síntoma conversivo, ya que están organizadas según las leyes de la simbolización en proceso primario, como en el sueño, prevaleciendo la condensación y los desplazamientos múltiples.

Ya Freud nos proponía entender los síntomas conversivos como si fueran un sueño, donde la pantalla del mismo es el propio cuerpo del paciente; no en vano su primer intento al escribir el ensayo sobre Dora fue titularlo “Sueños e Histeria”.

Se mantiene vigente la idea de Freud de que el mecanismo psicopatológico básico implica la represión de un grupo de representaciones conflictivas –pese a los diferentes esquemas referenciales– por lo que el aparato psíquico las aleja del comercio asociativo y se establece un falso enlace entre el deseo infantil y el cuerpo fantaseado produciendo perturbaciones funcionales que afectan al sistema nervioso de la vida de relación simulando un daño orgánico (conversión).

El paciente histérico, a través de sus síntomas, le permite al terapeuta inferir el desarrollo de la conflictiva edípica, que es la que se manifiesta en un primer plano en los contactos iniciales.

Su tendencia es tratar de transformar al analista en el progenitor del sexo opuesto que seduce o al que hay que seducir, o bien en el progenitor del mismo sexo que castiga por los deseos incestuosos (Lieberman, D., 1972). Dijimos en un primer plano porque sabemos que los componentes homosexuales, que conforman el Edipo negativo, pueden dar lugar a configuraciones inversas a las descritas estando presentes en el síntoma (Dora afónica como la señora K).

Freud designó a la conversión como “el salto de lo psíquico a la inervación somática”, dándole en primer lugar un sentido económico en tanto que la energía libidinal se transforma, se convierte en inervación somática. Este enfoque ya se encuentra desactualizado por estar sustentado en una perspectiva meramente económica. Sin embargo, no podemos olvidar el valor simbólico que le ha otorgado Freud a los síntomas corporales. A través de sus dolencias, las histéricas e histéricos nos “hablan” de sus representaciones reprimidas, deformadas por los efectos de la condensación y el desplazamiento. Los síntomas conversivos están determinados por la historia del individuo: cada sujeto le pone su sello único y particular, que tiene que ver con su pasado.

A continuación presentaré, en primer lugar, el caso clínico. En segundo término, me detendré en la elucidación del síntoma conversivo que atañe a la mitad izquierda del cuerpo del paciente. En tercer lugar, abordaremos material analítico que se relaciona con fantasías del paciente que atañen al cuerpo no afectado por la conversión, pero pleno de significados, para la comprensión del caso. Luego he de finalizar con unas breves conclusiones.

### **3) PRESENTACION DEL CASO CLINICO**

Voy a presentar el caso de un paciente llamado Jorge, de veinticinco años, abogado, que vino a la consulta aquejado por un dolor en la mitad izquierda de su cuerpo. Expresaba que este síntoma lo tenía desde los diecinueve años, describiéndolo como un dolor errático y difuso, que le aparecía y desaparecía sin que pudiese precisar los motivos del mismo. Había temporadas que estaba ausente de dolores

y otros momentos –sin que él pudiera determinar las conexiones– le volvía el dolor impidiéndole hacer deportes o largas caminatas.

Cuando hablaba de estos sufrimientos, se señalaba la zona del brazo izquierdo y a veces también el muslo de la pierna izquierda. Me llamaba la atención que comentara estos hechos sin expresar demasiado compromiso emocional. Eso sí, era insistente y reiterativo, como queriendo lograr de esta forma que yo estuviese atenta a lo que sucedía con ciertas zonas de su cuerpo. También comentó que le preocupaba su relación con su novia, con la cual estaba saliendo desde hacía tres años, ya que sentía que no podía profundizar plenamente en el vínculo con ella. Insistió en que quería tratarse, fundamentalmente, porque deseaba que se le fuesen los dolores corporales. Había recorrido distintos especialistas (traumatólogos, neurólogos, etc.) y todos habían descartado una afección orgánica; justamente un último especialista en columna vertebral le recomendó la posibilidad de que iniciara un tratamiento psicológico.

En la actualidad estaba trabajando en un estudio privado junto con otros colegas y tenía el proyecto de ir aumentando paulatinamente su clientela. Sobre el final de la primera entrevista mencionó con vergüenza y molestia que a veces tenía fantasías homosexuales que le provocaban angustia y desasosiego.

Mi primera impresión es que estoy frente a un paciente que posee una personalidad escindida, no sólo en lo que hace a las fantasías de sus hábitos sexuales, sino también en lo que hace a su síntoma físico.

El recuerdo que tengo de esta entrevista es de estar con un paciente que colaboraba, participando con sobriedad. No hubo descontrol emocional en ningún momento, salvo sobre el final, cuando comentó sus fantasías homosexuales. Se condujo con pequeños silencios y gestos buscando mi aprobación a algún comentario suyo o que le hiciera alguna pregunta. Noté que se sentía a gusto y cómodo si se le preguntaba sobre su síntoma corporal, por lo que supuse que iba a tratar de crear un clima de interés alrededor de este tema.

Su historia personal la voy a sintetizar de la siguiente manera. Es el hijo del medio de una familia compuesta por tres hijos varones. Sus padres se separaron cuando J. tenía siete años, luego de un período tormentoso de peleas y reconciliaciones. Su padre es un arquitecto de cierta reputación al que él describe como frío, distante y con manejo autoritario de las situaciones familiares.

Cuando habla de su madre se vuelve más pausado y se nota un

cambio en su semblante: deja de estar serio y aparece más relajado. La describe como muy bella, rubia y delgada, con un carácter cambiante; muchas veces la recuerda contenta, cantando, pero en otras ocasiones con estados de tristeza y quejas reiteradas sobre la fría actitud del padre. Esto a él lo desconsolaba muchísimo porque no sabía cómo socorrer y ayudar a su atribulada madre. Se sentía impotente y sólo lograba calmarse si se quedaba acompañando o consolando a su madre. Me confió que él se sentía el confidente de ella.

Cuando habían transcurrido aproximadamente dos años de la separación matrimonial, la madre realiza un intento de suicidio. Esto es ocultado por el padre, comentándole a sus hijos que la madre había sufrido una caída y luego se había marchado de viaje.

Cuando la madre “regresa” de su supuesto viaje, luego de algunos meses, los niños vuelven a vivir con ella o con el padre en forma alternativa. El tema de la internación es ocultado por la familia y recién a los 13 años de J., por datos que él mismo colige y por comentarios de la propia madre, se acerca a la verdad de los hechos ocurridos. En ese momento, habla con su padre en una primera y única oportunidad sobre lo sucedido, ya que el padre prefiere continuar guardando silencio.

Cuando J. tiene 17 años, el padre inicia una nueva relación de pareja con la que el paciente dice llevarse bastante bien.

Desde hace año y medio J. convive con su pareja, a la que llamaremos B.

Con los datos aportados por J. sobre su historia personal, vuelvo a pensar en el tema de la escisión; ahora comprendo mejor que ésta pudo producirse y consolidarse como consecuencia de los dos tipos de información que tuvo sobre el viaje-desaparición de su madre, lo que él creía como verdadero entre los nueve y los trece años, y lo que supo luego a partir de esa edad.

Por cómo J. describió su historia familiar y personal, pienso que creció dentro de una familia acostumbrada a manejarse con secretos y distorsiones de la verdad. Esto me recordó el caso Dora, donde de algún modo, Freud ponía en evidencia la relación existente entre la psicopatología y los secretos familiares.

#### **4) ELUCIDACION DE LA CONVERSION DEL LADO IZQUIERDO**

Antes de pasar a la descripción del análisis de J. quiero señalar que

a los efectos de la presentación me he circunscrito a un aspecto de la relación transferencial, en lo que hace fundamentalmente a su síntoma conversivo. Para esto he dejado de lado otras líneas de comprensión y abordaje del mundo interno de J. que fueron elaboradas en el vínculo terapéutico pero que no se desarrollan en este trabajo.

A las pocas semanas de iniciado el tratamiento, J. trae el siguiente sueño:

*“Iba en un coche con la mujer de mi padre; ella iba detrás y yo conducía por un camino sinuoso de montaña. Se hace de noche y en un momento, pierdo el control del volante y en una curva caemos en un precipicio que está a la izquierda del camino”.*

Asocia con sus dolores de la parte izquierda del cuerpo; dice que estos dolores comenzaron a los 19 años cuando quiso cambiar su físico, un tanto enclenque, haciendo culturismo en un gimnasio. Pero a causa de sus dolores tuvo que interrumpir estos ejercicios justo cuando empezaba a notar progresos y cambios. Recuerda que de pequeño tenía un cuerpo que no le agradaba, ya que era gordito; dice que sentía tener un cuerpo de niña, y que esta sensación tan penosa lo martirizó mucho tiempo, sobre todo en las clases de gimnasia; pensaba que sus caderas eran demasiado grandes para ser varón.

Acerca del coche recordó que cuando pequeño su madre lo llevaba a pasear en coche. A veces ella detenía la marcha y se ponía a llorar, entonces él la consolaba aunque no sabía bien qué le ocurría.

Sobre el camino sinuoso de montaña recuerda unas vacaciones en una localidad cercana donde fue a pasar unos días con su hermano mayor. Sus padres tuvieron que ir a buscarlos porque él extrañaba, y en el camino de regreso vomitó. Recuerda que el padre estaba enfadado porque había tenido que interrumpir sus propias vacaciones.

Frente a este sueño de iniciación de tratamiento y con la ayuda de las asociaciones del paciente, opté por aproximarme de la siguiente manera: le dije que él debía sentir arriesgado y peligroso iniciar este camino psicoanalítico conmigo, ya que debería querer acercarse a mí, tal vez intentando consolarme como lo hacía habitualmente con su madre cuando pequeño. En ese acercamiento él temería perder el control del volante y caerse hacia la izquierda. Esto equivaldría al deseo de acercarse hacia mí confundiendo afectos con deseos eróticos. Agregué que yo estaba a su izquierda como lo estaría su madre en el coche con él.

Pensé que en este sueño estaba mostrando en la transferencia el temor que él tendría de perder el control de su sexualidad (en el sueño

representado por el temor a perder el control del volante) al acercarse al cuerpo de la madre. Mi hipótesis se fundamentaba en las asociaciones del paciente acerca del enfado de su padre al tener que ir a buscarlo a la colonia de vacaciones. En su fantasía él interrumpía la escena primaria y temía que éste pudiera castigarlo (¿castrarlo?) por entrometerse y por sus deseos incestuosos.

Comprendí que el sueño me aportaba un dato importante: que su sexualidad vivida como descontrolada estaba ubicada sobre la mitad izquierda de su cuerpo, por lo que esa zona con los dolores que él manifestaba tener estaba sensiblemente erotizada y que, por lo tanto, era asiento de la proyección de fantasías sexuales, que aún eran desconocidas. Conjeturé también que al estar cerca de la madre y ella confiarle cosas a él, salía confundido pero esto luego usado por J. como una técnica de seducción que repetiría inevitablemente conmigo en la transferencia ubicándose como el paciente confidente, o tal vez interesante.

Un elemento que aparecía entre las asociaciones del paciente era esta idea de tener cuerpo de niña. Esto me hizo pensar en la hipótesis que no sólo era el confidente de la madre, sino que, para lograrlo lo mejor posible, tenía que funcionar como una niña, como una linda hija mujer. En sesiones posteriores él me confió que la madre le había dicho que esperaba una niña durante su embarazo; es decir, él se identifica con la niña que la madre hubiese querido tener.

Al iniciar el tratamiento me encontré frente a un paciente que me señalaba la presencia de dos tipos de ansiedades provenientes de distintos conflictos sexuales infantiles: uno, que sería el temor a la castración –como diría Freud– debido a sus deseos incestuosos heterosexuales hacia la madre, que lo llevarían a querer acercarse a la madre-analista ocasionando el enfado del padre; la otra ansiedad provendría de su identificación con el cuerpo de una mujer-niña, que lo reaseguraba desde esta posición en el vínculo y contacto con la madre, pero generándole conflictos y angustias en cuanto a su masculinidad e identidad sexual.

Recordé sus comentarios angustiosos de la primera entrevista acerca de sus fantasías homosexuales y sus deseos de tener un cuerpo más varonil yendo a un gimnasio.

La clave comprensiva del tema del gimnasio relacionada con el comienzo de sus dolores corporales estaría dada por el hecho de que, al acentuar sus rasgos masculinos por el ejercicio físico se perdería el intenso vínculo afectivo que su “parte niña” poseía con la madre.

La situación paradójica es que definirse más como varón sería en su fantasía la amenaza de perder el cariño materno. Recordemos que en el embarazo la mamá esperaba una niña. Desde esta perspectiva el dolor físico es la expresión del dolor mental que no podía tener (beneficio primario de la enfermedad). Más adelante también vimos que el gimnasio podía generarle ansiedades homosexuales.

El vértice que admitía una lectura kleiniana del material lo dejé expuesto para más adelante. Me era claro que el sueño expresaba también un nivel más regresivo, de objeto parcial, donde su curiosidad infantil quedaba afirmada en la fantasía de recorrer el cuerpo materno y su interioridad (camino sinuoso de montaña representando probablemente los pechos maternos; oscuridad indicadora tal vez de los genitales maternos: “se hace de noche”) con la precipitada caída en el vacío. Presupuse que el tema de “caer a la izquierda” tendría que ver con colechos circunstanciales en la infancia, y que él se apoyaría sobre la madre con este costado de su cuerpo en el lecho matrimonial. Para mi satisfacción estos hechos fueron luego confirmados por sus recuerdos.

Podría resumir que durante el primer año y medio de trabajo analítico, la labor se centró en ir comprendiendo el tipo de fantasía que sustentaba la relación que J. tenía con las mujeres. Me llamaba la atención que él hablaba de sus compañeras de trabajo y amigas como personajes sexualmente insatisfechos, todas tenían maridos que las abandonaban y no las socorrían. El era el buen compañero y confidente de ellas. Sentía que esas mujeres se acercaban a él porque lo codiciaban sexualmente, y así se creaba presunciones de tener relaciones sexuales con cada una de ellas, fantasías que por otro lado nunca concretaba.

Era evidente que él identificaba proyectivamente su propia insatisfacción sexual infantil en estas mujeres para así transformarse en el objeto del deseo de ellas.

También se reavivaba en cada fin de semana, el temor a que yo pudiera “desaparecer” por muchos meses, tal como su madre en la infancia.

El abordaje de esta fantasía que se fue repitiendo a lo largo de este período, nos llevó a indagar un aspecto de su personalidad que estaba íntimamente conectado con la misma: su pasividad. Fui comprendiendo que la pasividad de este paciente era algo muy importante habiéndose estructurado en él el deseo de ser el objeto exclusivo del deseo de los demás, que desearían activamente buscarlo. Si él no

lograba conseguir esta gratificación, me estaba señalando que sus celos podían ser muy dramáticos, por eso tenía que aparecer ante mis ojos como una persona muy atractiva e interesante, rodeado de mujeres que lo deseaban para de esa manera evitar los propios celos que ya empezaban a vislumbrarse en forma más manifiesta.

Para ilustrar este material he escogido un trozo de sesión luego de un fin de semana.

Paciente: *“Este fin de semana no lo he pasado muy bien; me han vuelto los dolores (con tono quejoso). Hacía tiempo que no los tenía. El domingo quise salir en bicicleta, pero al cabo de un rato tuve que abandonar. (Hace una pausa larga y agrega) Tampoco estuve bien con B. (su pareja). No estoy bien con ella; ella está distante y fría. Estuvo todo el fin de semana atendiendo a su hermano, que vino a visitarnos. Cuando alguien viene de visita ella se transforma. Es otra persona. Sólo atiende y se desvive por el que está en casa; para mi gusto se pone demasiado atenta. Sobre la noche del sábado, yo me quería ir a dormir, quería que ella viniera conmigo, pero ella no se daba cuenta. Seguía hablando. A mí esta actitud suya me duele, me duele mucho. (Lo dice con tristeza y rabia). Al fin opté por irme a dormir solo. Cuando ella vino, no le dije nada pero se dio cuenta de que yo no estaba bien. Yo quería que ella viniera a buscarme, que se acercase a mí; a mí me gustaría que ella fuese más activa, que se demostrase más. Al fin, hice fuerzas para dormirme, pero me dormí lleno de rencor”.*

Analista: “Creo que usted me está diciendo que no está bien conmigo, que siente que yo me pongo fría y distante al dejar de atenderlo los días sin sesión; tal vez piensa que paso a ocuparme de otros, y que cuando esto ocurre y usted siente que no es buscado y mirado activamente, con exclusividad, como quisiera, se encierra en un sueño forzado y rencoroso. Le cuesta ver los celos que le provoca el hecho de que B. está con el hermano y que yo esté atendiendo a otros”.

Paulatinamente, fuimos analizando cómo sus celos lo hacían sufrir tanto, porque él desconfiaba de la persona que deseaba, imaginándola siempre en un estado de seducción hacia otros. Es decir a través del uso de la identificación proyectiva, él sentía que las personas amadas seducían a otros como él lo hacía con sus amigas y compañeras de trabajo.

El dolor que volvió a aparecer lo pudimos remitir a una situación similar que había ocurrido en las vacaciones anteriores, donde

aparentemente debió interrumpir su descanso y volver unos días antes a la ciudad a causa de sus dolores. En realidad, durante esas vacaciones que debieron compartir con el hermano de B. y la esposa de éste, vimos que para él había sido una tortura que B. siguiera más las indicaciones de su hermano que las suyas propias. Sus dolores fueron una feliz excusa para retenerla a B. para sí solo y separarla del hermano, confirmando su idea de que era mejor atendido con el cuerpo enfermo que con el cuerpo sano.

Esta pasividad en el comportamiento de mi paciente se expresaba no sólo, como me he referido en páginas anteriores, queriendo funcionar como el favorito de los activos deseos de los demás, el confidente, y más interesante de mis pacientes, sino también que fue apareciendo a través del material de sesiones y sueños un contenido más regresivo de objetos parciales, donde él se ubicaba, ahora, como el poseedor del pene maravilloso y fascinante, que iba a ser codiciado en la transferencia por mí.

Paso a relatar un sueño ilustrativo de este período: *“Estoy en una discoteca con B. Estamos en la pista de baile. Aparece un muchacho con una caja, de la que saca una víbora no muy grande, que comienza a contornearse por toda la habitación. La cruza en varias direcciones, de arriba hacia abajo, en diagonal, no sobre el suelo sino sobre el aire. Yo trato de cuidarme de que no me pique. En el sueño estoy angustiado”*.

Asocia que el sábado fue a bailar a una discoteca con B., a pesar de sentirse con molestias y dolores corporales; lo hizo para complacerla a ella.

El quería que ella bailase, pero como es tímida, ella se mantenía en un rincón. Poco a poco, ella comenzó a animarse y a moverse por toda la pista, contorneándose como la víbora del sueño. A él le gustaba que la mirasen. Esto le recuerda que a él le ponía sumamente contento que su madre lo fuese a buscar al colegio; le gustaba presumir de ella porque era muy bonita. Lo mismo le pasó con B. el sábado hasta que en un momento dado se preocupó porque ésta ya no lo seguía a él sino que bailaba sola. Relata con cierta vergüenza que B., cuando era adolescente tomaba drogas y agrega que a pesar de encontrarse mejor con ella, no pudo dejar de pensar en tener relaciones sexuales con alguna otra mujer, y que esto lo ponía mal.

En este sueño pudimos ir trabajado cómo la figura onírica representa tanto los aspectos femeninos infantiles –tal como los suele describir Meltzer– de J. (cuando B. contornea su cuerpo) como los

aspectos masculinos infantiles fálicos (la víbora que pica), y cómo ambos estaban “alojados” en su pierna izquierda; B. en su baile, muestra lo que él con su dolor no se permite.

Hay un deseo exhibicionista de querer mostrar esta bisexualidad, es decir, querer ser visto por la madre-analista no sólo como una niña hermosa que se contornea, sino también como un pene que está en el aire (¿en erección?). Se colmaría así la fantasía edípica y preedípica infantil de serlo todo para la madre-analista, que lo tendría como centro de su atención.

Pudimos rastrear que probablemente este sueño fue desencadenado por sus celos por B. durante el fin de semana, dado que ésta se transformó en la protagonista, como yo al ser esperada por él. El protagonismo de B. que lo desplaza hace que él recuerde –rencorosamente– sus defectos (ex-adicción) y además quiera reemplazarla por otra mujer.

Quiero resaltar en este momento del trabajo que el paciente no se olvidaba de recordarme, durante el transcurso de las sesiones, frases como éstas: “Espero que pronto se me quiten los dolores”; “Ayer he pensado que luego del sueño que hemos visto en la sesión pasada hoy me despertaría sin dolores”; “Hoy tengo la impresión que tengo menos dolores que la semana pasada”, etc.

Estos comentarios aparecían en forma inesperada. Aunque él no parecía muy aquejado por dolores, éstos sin embargo estaban siempre presentes. En una sesión precisó con mayores detalles algunas características de este sufrimiento. Dijo, por ejemplo, que en la pubertad, luego de masturbarse, le aparecían dolores que luego se irradiaban a la mitad izquierda de su cuerpo a partir de la zona genital. También mencionó que desde pequeño prefiere acostarse del lado izquierdo; en la casa de sus padres lo hacía porque se sentía más protegido mirando la pared. También recordó que en aquellas largas vacaciones en que su madre estaba “de viaje”, estando con su padre en una playa, éste se sentó cerca de él y en un momento dado le agarró con la mano la pierna izquierda haciendo que él se sintiera mal con esta demostración de un cariño inesperado, no sabiendo cómo entender ese acercamiento de su padre en ese momento.

Ha llegado el momento de repasar y clarificar el tema del lado izquierdo y la gran condensación de significados por orden de aparición en el análisis. *Primero*: el lado izquierdo comienza a doler en el gimnasio a los 19 años. Esto significa que al masculinizarse su cuerpo, pierde a la madre que quería ver en él a una niña. También esto podía remitir a temores homosexuales.

*Segundo:* el lado izquierdo en el sueño del coche nos lleva a dos recuerdos (reminiscencias) convertidos al síntoma. Por un lado, la madre que llora deteniendo la marcha del coche y él trata de consolarla; por el otro, el padre detiene la marcha del coche por sus vómitos y se enfada por haber quedado interrumpidas sus vacaciones (escena primaria). *Tercero:* la imprevista caída hacia el lado izquierdo durante la noche, en el sueño, significaría la relación incestuosa con la madre.

*Cuarto:* la analista, sentada a su izquierda y atrás, aparece demandándolo libidinalmente.

*Quinto:* el dolor en el lado izquierdo representa el intento de controlar a su pareja para indemnizarse de sus intensos celos para con el hermano de ella con los equivalentes en la transferencia: analista que atiende a otros cuando él no está.

*Sexto:* recuerdo de los dolores a los 13 años en el lado izquierdo, a raíz de la masturbación, rompiendo la creencia del inicio de los dolores a los 19 años. A esta edad se entera del intento de suicidio de su madre y el por qué del alejamiento de ella durante varios meses.

*Séptimo:* recuerdo encubridor de acostarse sobre el lado izquierdo, mirando la pared. Significa probablemente un ocultamiento de su excitación por el contacto de su cuerpo con figuras incestuosas (padres o hermanos) en fantasías masturbatorias.

*Octavo:* episodio del padre tocándole la pierna izquierda, en ausencia prolongada de la madre, ocasionándole sentimientos de confusión ante esa demostración cariñosa (ansiedades homosexuales).

## 5) AMPLIACION DEL AREA DE SIGNIFICADOS CORPORALES

Hasta aquí hablamos de un caso interesante, pero no novedoso, de histeria. *Pero lo que motiva este trabajo es el inusual hecho de que el paciente ha traído en su material analítico aspectos de su personalidad que tienen como referencia simbólica a la parte derecha de su cuerpo, libre de síntomas conversivos pero, curiosamente plena de significados que analizaremos sucintamente en un par de sueños. Veamos el primero: “Estaba con un hijo mío de meses mirando hacia una ventana. El bebé dormía plácidamente sobre mi hombro derecho. B. estaba detrás nuestro; yo lo miraba*

*al bebé y veía que era un bebé grande. De pronto se despierta, me mira y me dice: 'Tú no tienes la culpa de esto'".*

Señaló que probablemente este sueño tuviera que ver con que días atrás había ido a una comida con unos amigos. En la cena había una madre joven, separada, con un bebé de pocos meses. El bebé lloraba mucho, a pesar de que la madre lo había atendido y dado de comer. Fue pasando de brazo en brazo hasta que él le pidió a B. que abrazara al bebé. Entonces ella lo sentó sobre su falda mirando a la madre. El bebé se tiraba para atrás y lloraba igual; él se daba cuenta cómo B. sostenía mal al bebé en sus brazos. Le pidió a B. que lo diera vuelta para que el bebé tuviera dónde abrazarse, que tuviera más contacto con el cuerpo de ella. Como al final el bebé no se calmó, la madre optó por llevárselo.

Agregó que últimamente hablan con B. de casarse y tener hijos. En la cena con sus amigos él recuerda que estaba muy interesado en verla a B. con un bebé en brazos.

Le llama la atención que el bebé del sueño fuera tan maduro y le hablara claramente. Sobre esto último asocia que le daba pena ver a la joven madre sola atendiendo a su hijo. Esto le recuerda la separación de sus padres y mencionó que cuando ellos se peleaban, él trataba de que dejaran de discutir yendo al piano y tocando la marcha nupcial, situación que los movía a risa.

Sobre la ventana que aparece en el sueño, asoció que probablemente le recordara la ventana de su habitación actual, desde donde se puede ver el trozo de un jardín. Esto le recuerda que cuando pequeño, antes de la separación de sus padres, vivían en una casa muy grande con jardín.

En este sueño pudimos ir analizando que el bebé "maduro" que le hablaba con claridad librándolo de culpa representa el aspecto más "adulto" e integrado de su *self* infantil (Meltzer, 1968). Recostado sobre su hombro derecho, le señala que él no tiene la culpa por la separación de sus padres, ya que J. sentía que sus fantasías incestuosas y agresivas para con la pareja edípica se habían omnipotentemente corroborado, en la realidad, con la separación de sus padres.

Era evidente que él sentía que los podía tanto separar como unir (marcha nupcial).

No hubiera prestado atención al bebé recostado sobre su hombro derecho, si los lados del cuerpo en este paciente no simbolizaran tan demostrativamente sus conflictos edípicos.

El segundo sueño fue relatado así: *“Subía una escalinata de muchos peldaños con mis abuelos maternos. Arriba había como un templo. A la derecha se ve una piedra con un agujero. A mi izquierda, hay muchas lagartijas moviéndose. Cuando estamos arriba le digo a mi abuelo que ya estoy deseando tener un hijo. A mi abuelo se le llenan los ojos de lágrimas”*.

Sus asociaciones abordan primero el recuerdo de la época del intento suicida de la madre. *Sus abuelos también le mintieron* y le dijeron que ella se había caído por una escalera. Asocia el subir peldaños con la evolución de su propio análisis. Sobre las lagartijas recuerda que en unas vacaciones de pequeño, con los padres, al ir a tomar agua a un grifo vio salir una lagartija que lo asustó.

Sobre el agujero en la piedra a la *derecha* dice que le hace recordar que en juego con un amigo en la infancia se hizo una lastimadura en la cabeza. El paciente dice que el amigo *lo engañó* y lo empujó a propósito. Vincula, entonces, el agujero con la cicatriz en la frente.

Por último dice que su abuelo es callado y tímido y que él lo quiere mucho. Un día, de chico, le vio los genitales y le parecieron muy grandes y pensó a su abuelo muy masculino. En el sueño los abuelos lo acompañaban al subir las escaleras y él sostenía a su abuela por la derecha.

Le señalé que este sueño tiene muchos elementos pero resalta el temor al engaño –cuando tiene sed le dan lagartijas– del cual fue víctima en el pasado. *Su amigo lo traicionó por detrás dañando el que sería su lado sano. Hasta los objetos buenos como los abuelos pueden mentirle. Este temor se exterioriza ahora en la transferencia por su preocupación a que su analista sea como el mal amigo que lo empuja desde atrás para hacerle daño en sus aspectos sanos representados por su lado derecho.*

Los abuelos aparecen como la buena pareja –Objeto Combinado al modo de Meltzer– que lo ayudan a salir de su situación incestuosa con sus padres dañados internalizados. Probablemente a partir de esta identificación con este Objeto Combinado, él pueda representarse a sí mismo como progenitor cuidadoso de un bebé –ansiedades depresivas– que muestra la expectativa generosa de reparación que ello implica y que aparecen en las preocupaciones por el objeto bebé del sueño que debe ser bien tratado por su madre.

## CONCLUSIONES

La noción de Imagen Corporal Libidinal descrita por Schilder basada, a su vez, en ideas de Freud, se enriquece con el agregado de las ideas kleinianas sobre imagos libidinales o destructivas que afectan a las fantasías sobre el cuerpo y que son deducidas de su teoría de las posiciones esquizo paranoide (imágenes no integradas del cuerpo) y depresiva (imágenes integradas, más realistas). *Esta articulación teórica me resulta válida para entender las formas conversivas de la histeria.*

Como resultado de esta unión y a la luz de la ilustración clínica, puedo concluir que:

A- Existe material analítico que muestra que los aspectos que representan al cuerpo del paciente no afectado por la conversión están plenos de significado.

B- Que existe una íntima relación argumental entre el material analítico que representa a la zona afectada por la conversión y la que no lo está (lados izquierdo y derecho en el caso clínico).

C- Que la relación existente en el cuerpo fantaseado afectado por la conversión y la parte no afectada nos muestra, que en este caso, *la parte no afectada simboliza los aspectos más integrados de la personalidad.*

En términos de Meltzer, los aspectos más integrados, están representados por lo que denomina la parte adulta de la personalidad. Este aspecto aparece centrado en la identificación introyectiva con la pareja parental (representada aquí por los abuelos). Desde este núcleo identificadorio el paciente aspira en su vida a formar una pareja y tener un bebé para preservarlo y cuidarlo.

Esto muestra en J. algunos momentos de la peculiar preocupación por el otro, tan característica de la Posición Depresiva. El comentario del bebé en el sueño es clave: “Tu no tienes la culpa de esto”. ¿Qué es esto?: la liberación de la sujeción edípica destructiva en el mundo interno que está avalada, tristemente, por la realidad de los hechos familiares. Este acto de integración es la condición para sostener relaciones de objeto no incestuosas y abre el camino hacia la curación, abandonando la fuertes implicancias edípicas infantiles.

Concluyo señalando que la noción de Imagen Corporal, tal cual la

hemos señalado, implica en los pacientes histéricos significaciones inconscientes que se refieren tanto al cuerpo afectado por síntomas, como al cuerpo libre de los mismos. Esta idea ampliada, totalizadora, resulta en mecanismos comprensivos que pienso son de utilidad en la práctica psicoanalítica.

### BIBLIOGRAFIA

- BERNARD, M. *El Cuerpo*. Editorial Paidós. 1980, cap. V.
- CHARCOT, J. M. "Histeria y neurastenia en el hombre". En *Las histerias*, Nueva Visión, 1979.
- ETCHEGOYEN, H. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, 1986.
- FAIRBAIRN, R. "Observations on the Natural of hysterical states". B.I.M.P., 1954.
- FEDIDA, P. "L'anatomie dans la psychanalyse". *N.R.P.* nro. 3, 1971.
- FREUD, S. Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. O. C. Amorrortu, Tomo IX.
- Generalidades sobre el ataque histérico. Op. Cit.
- Sobre las teorías sexuales infantiles. Op. Cit.
- La novela familiar del neurótico. Op. Cit.
- El sepultamiento del complejo de Edipo. O. C. Amorrortu, Tomo XIX.
- GREEN, A. "Neurosis obsessives et hystériques". *R.F.P.*, 1964/28.
- ISAACS, S. "Naturaleza y función de la fantasía". En *Desarrollos en Psicoanálisis*. Ed. Hormé 1962.
- LIBERMAN, D. *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Ed. Nueva Visión. T. 3. 1972.
- McDOUGALL, J. *Teatros del cuerpo*. J.Y., 1989.
- MELTZER, D. *The psychoanalytical process*. Heinemann, 1968.
- *Sexual states of mind*. Clunie Press, 1972.
- *Metapsicología ampliada*. Ed. Spatia, 1990.
- "Diferenciación entre delirios somáticos e hipocondrías". *Int. Journal of Psychoanalysis*, 45-246.
- RÍOS, C. "El esquema corporal primordial". *Rev. Psicoanálisis*, 1980, Vol. 5 Nro. 3
- SCHILDER, P. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Ed. Paidós. 1958.