

## RESEÑAS DE LIBROS Y REVISTAS SOBRE EL ESQUEMA CORPORAL

PAUL SCHILDER. — “Imagen y apariencia del cuerpo humano”. Ed. Paidós. Bs. As. 1958.

El autor desarrolla en tres partes los problemas del esquema corporal, desde el punto de vista fisiológico, neuropatológico y psicológico, estudiando sucesivamente las alteraciones de la imagen corporal en los procesos neuropatológicos, en las neurosis y psicosis y en las implicaciones sociales.

Define la imagen corporal como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que este se nos aparece. La imagen se integra aditivamente con sensaciones, aunque es algo más que percepción: es esquema en el sentido de Head. Describe como base fisiológica de la imagen **corporal** la impresión postural, que es un patrón de las posturas sobre cuya base se miden todas las percepciones nuevas. Descansa sobre la imagen óptica del cuerpo, cuya simetría hace posible la transferencia de una sensación de un lado a otro del cuerpo en los casos en que una lesión cerebral lleve a una hemialteración de la sensibilidad. (Aloestesia). Los mecanismos espinales, con su distribución bilateral contribuyen a ello.

Un contacto con la piel, pone a dicho contacto en relación con nuestra experiencia anterior, y la localización no se da con la sensación sino que es independiente y se agrega a ésta.

La representación óptica es importante para el reconocimiento postural, porque la experiencia de contacto provoca directamente la imagen óptica o a través de impresiones kinestésicas. La modificación de la imagen óptica que ocurre en la ilusión japonesa de dedos y manos entrecruzadas, muestra

que la agnosia óptica relativa, hace necesaria la ayuda táctil o kinestésica para realizar un movimiento.

Una lesión cerebral también puede provocar una anosognosia que consiste en la exclusión de la vida psíquica de un grupo de experiencias. Un paciente con parálisis izquierda se comporta como si no padeciera de una hemiplejía y ejecuta los movimientos del lado sano al solicitarle que mueva el lado paralizado, sin percibir la falla. El autor asimila estos fenómenos al síndrome de korsakoff, como perturbaciones orgánicas de la memoria que rechaza lo penoso. Ambos guardarían cierta relación con los deseos inconscientes reprimidos. Es la “represión orgánica”. En las somatoagnosias, la represión orgánica es focal.

Este inconsciente orgánico es muy primitivo y está en relación con el crecimiento y se tiñe de un colorido psicosexual específico. La mayor frecuencia a desconocer el lado izquierdo de] cuerpo es por la tendencia fisiológica a la activación por el lado derecho, por lo que se hace más frecuente la no percepción izquierda.

Pueden haber autotopoagnosias, en la cual el modelo postural del cuerpo está perturbado, sin alteraciones táctiles ni ópticas que lo expliquen, como en la agnosia digital de Gerstmann.

El modelo postural de un sujeto se vincula con el de otros sujetos y las alteraciones perceptivas de nuestro cuerpo se acompañan de alteraciones perceptivas en el cuerpo de los demás. La orientación en el espacio es independiente y está en relación con la orientación izquierda y derecha del cuerpo.

Todo desconocimiento de una parte del cuerpo perturba las acciones que lo involucran, aunque no constituyan apraxias verdaderas en el sentido de Liepmann, como la incapacidad de aplicar un conocimiento teórico a la acción concreta (apraxia objetal). La acción se afecta sólo en las partes agnósticas del cuerpo.

El conocimiento del cuerpo es imprescindible en la ejecución de la acción que siempre tiene un objetivo, aunque no elaborado como plan claro y previo de lo que debemos hacer: es solo impulso. Esta representación del movimiento es principalmente óptica, pero subliminar aunque puede sustituirse con representaciones kinestésicas o táctiles, pero guardando siempre una estrecha relación con el modelo total del cuerpo. Todo movimiento se inicia con la elección del lado al cual debe hacerse y el conocimiento del objeto al cual apunta dicho movimiento. Toda acción lleva consigo un cambio de la función gnóstica y toda función gnóstica lleva consigo una acción. Esta acción es sobre nuestro cuerpo, sobre el cuerpo de los otros y sobre objetos. Como el conocimiento de nuestro cuerpo es independiente del conocimiento de los objetos, pueden haber trastornos en el actuar sobre el cuerpo y no sobre los objetos, aunque la inversa no se da porque el conocimiento del cuerpo es más vulnerable a la lesión.

Una clara expresión de la existencia del modelo postural es el miembro fantasma, representado por sensaciones táctiles y kinestésicas y casi siempre imágenes ópticas. La estructura del miembro fantasma cambia con el tiempo, perdurando más la mano o el pie. La persistencia de la mano es porque guarda una relación más estrecha con el mundo exterior y éstas son las partes más importantes del esquema corporal, que se desarrolla en este contacto con el mundo. La pérdida de la base sensorial del fantasma es la que lo hace desaparecer; mientras hay parestesias hay fantasma, aunque también intervienen componentes periféricos y centrales. Las modificaciones del fantasma, tendiendo a hacerse cada vez más pequeño, hace posible la persistencia del modelo postural original del niño, pudiendo producirse conversiones continuas en el modelo adulto. Siempre poseemos un esquema completo del cuerpo, y en el amputado, las fuerzas emocionales reactivan un patrón perceptivo determinado. De ahí que los miembros fantasmas puedan ser muy variados, incluso ubicados en otras partes diferentes del cuerpo, ya

que nuestro cuerpo y su imagen es objeto de las emociones más fuertes.

Los movimientos asociados experimentados en el fantasma obedecen a un plan cortical del movimiento que es integrado con el fantasma, lo mismo que ocurre en un sujeto normal cuando se le hace imaginar un movimiento. La desorganización de la contracción muscular en el miembro amputado es porque falta la coordinación que ocurre en la orientación hacia un objetivo definido.

Puede observarse que un lado del cuerpo sea transferido al lado enfermo, si el lado ignorado es el derecho, aparece como otro lado izquierdo o como un lado derecho más independiente del esquema del cuerpo (disquiria). Estos casos pueden verse por lesión orgánica o en la histeria, aunque en ésta, el esquema está conservado pero no se utiliza.

En la imagen postural también interviene el tono de postura y un sujeto normal tiende a colocar sus brazos compensando los procesos posturales tónicos previos. La postura normal es aquella en la que la tracción tónica coloca al miembro. El tono postural tiende a colocar al cuerpo en la posición más cómoda y corrige las posiciones incómodas del cuerpo aunque el sujeto no lo perciba. La supinación forzada de los brazos con los ojos cerrados, se corrige por una tendencia a la pronación que lleva imperceptiblemente a la postura más cómoda. El modelo postural del cuerpo difiere de la posición concreta y en la patología esta discrepancia suele acentuarse.

La postura habitual está tan arraigada, que posición y longitud subjetivas dependen de la relación que guardan entre sí, naturalmente, las diferentes partes del cuerpo y su representación. Es así como vemos a nuestro cuerpo como a los objetos externos, y por otra nos lo representamos ópticamente y con impresiones táctiles. En la autoscopía el cuerpo es poco diferente del cuerpo real y esta imaginación de uno mismo muestra que la representación no es marcadamente tridimensional; se acompaña de la impresión de cuerpo vacío y la visión que lo representa puede ser tanto desde dentro como desde

fuera de uno. La superficie está referida a la piel. La sensación de límites es borrosa y diferente en las diversas partes del cuerpo.

El límite táctil y el óptico de la imagen cuerpo no coinciden salvo cuando hay una estimulación local. Pero objeto y cuerpo nunca se funden. Hay siempre un “espacio intermedio”. Cuando tocamos un objeto sentimos el objeto y el dedo y cuando el objeto es apenas percibido por disminución progresiva de la presión, tenemos la sensación de que la piel formará un ligero cono para alcanzarlo.

Algo similar ocurre para el dolor, ya que el esquema corporal se distorsiona adquiriendo un relieve exagerado en la zona del dolor y concomitantemente la parte dolorida tiende a quedar aislada, como desalojada de la imagen corporal.

La sensación del cuerpo se completa siempre con el contacto de la realidad y de los objetos en general.

Los orificios del cuerpo son percibidos no en la superficie, sino dentro del cuerpo, a unos centímetros de aquélla.

Las sensaciones internas también son referidas a la piel, pero algo por debajo de la superficie: los deseos sexuales se localizan en los genitales, periné y ano, a una cierta distancia de la piel. Es posible discernir sobre la base de la imagen corporal los complejos anales de un sujeto, porque el carácter se expresa en un modelo corporal.

La imagen corporal se acompaña también de sensación de peso y ésta tiene un carácter gravitativo. En la posición de pie, la sensación de masa pesada del cuerpo se concentra en las piernas y pies; la *del tronco*, en la parte baja del abdomen y la de la cabeza en la base del cráneo. Si estamos acostados, se desplaza a la espalda en el tronco y al occipucio en la cabeza. La sensación de masa pesada tiene relación con la contracción muscular y el tono. Un brazo contraído parece más denso que el otro.

Las irritaciones vestibulares modifican el tono y alteran el esquema

corporal.

Dolor y movimiento desempeñan un papel fundamental en la elaboración de la imagen del cuerpo hay una relación entre el desarrollo del esquema corporal y el sensomotor.

La modificación experimental del espacio óptico por lentes inversores muestra que el esquema del cuerpo se elabora con la experiencia y nunca es rígido, sino variable y en función de ella. Esto explica las ilusiones.

El cuerpo aparece así como *una unidad, no un* producto de las sensaciones sino coordinado. Con ellas, las cuales adquieren su significado gracias a esta unidad que es una de las fundamentales de nuestra experiencia. Mundo, cuerpo y personalidad constituyen tres categorías específicas.

En la segunda parte, el autor estudia la estructura libidinal de la imagen corporal.

Siguiendo las primeras ideas de Freud describe la libido narcisista como la relacionada al interés del cuerpo, a la cual sigue la etapa autoerótica con concentración libidinal en ciertas partes del cuerpo, en primer término la boca (autoerotismo oral), luego ano y boca y por último la genital con la aparición del complejo de Edipo y el interés por los objetos, con reconstrucción del cuadro del propio cuerpo y aparición del narcisismo secundario.

La libido narcisista tiene por objeto la imagen del cuerpo, y las sucesivas etapas del desarrollo libidinoso van cambiando la imagen del cuerpo. Cuerpo y mundo se elaboran a expensas de una “función central de la personalidad”. Las partes del cuerpo que nos ponen en contacto con el mundo (los orificios fundamentalmente) tienen gran importancia erótica y cuando se intensifica un deseo parcial, la o las zonas eróticas correspondientes se constituyen en centro de la imagen corporal. Así la importancia de los ojos deriva de ser el orificio simbólico a través del cual el mundo se introduce en nuestro ser. La irritación de los orificios bucales y anogenitales, así como el resto de la piel llevan al contacto con las manos. En el niño son

los demás los que lo manipulan. El contacto propio y el interés de los demás por el cuerpo son de enorme importancia para el desarrollo del modelo postural del mismo. De aquí deriva el interés por las modificaciones del esquema corporal en las diferentes enfermedades.

En los enfermos neurasténicos e hipocondríacos determinadas partes del cuerpo se comportan como si fueran autónomas y genitales. En la despersonalización, en cambio, se observa una pérdida del interés por el mundo y el cuerpo. En el primer caso es por transferencia de la libido a un órgano que es objeto de la atención narcisista. El dolor psicógeno se origina cuando un sujeto desea castigarse por el carácter prohibido de un placer anterior vinculado a actitudes sadomasoquistas. En la histeria la perturbación simboliza el órgano sexual y se relaciona a las vinculaciones genitales con los demás. Los procesos de conversión se refieren también al esquema corporal y son la expresión de un conflicto psíquico desplazado al cuerpo.

En las enfermedades orgánicas, los síntomas se hallan vinculados al modelo postural del cuerpo y todo cambio de función de un órgano modifica el modelo postural íntegro del cuerpo, del mismo modo que factores psicológicos pueden cambiar la estructura de un órgano. Son las pequeñas enfermedades cotidianas las que permiten adquirir la “representación clave” de un órgano determinado, el cual no está primitivamente diferenciado en el modelo postural.

A través de estas “representaciones claves” es posible modificar la función de órganos que están fuera de nuestro control. Así el peligro es la representación clave del corazón, el asco para las náuseas y vómitos, etc. La actitud psíquica actúa sobre los órganos internos y la imagen corporal. A su vez aquélla se basa en un sistema arcaico de afanes y tendencias que encontró su expresión en la estructura del cuerpo.

La enfermedad es así accidental e intencional, prevaleciendo lo primero en las orgánicas y lo segundo en las neuróticas. La enfermedad representa

dolor y pasividad por parte del sujeto y en las neuróticas sufrimiento pasivo masoquista. Por eso el sadomasoquismo de la vida instintiva juega un importante papel en el modelo postural del cuerpo.

La imagen del cuerpo es una unidad que se construye y destruye permanentemente. Cuando un objeto del mundo externo (aire o alimentos) transfiere la zona sensitiva, deja de ser externo y no se suma simplemente al cuerpo sino se digiere. Cuando orinamos o defecamos, es una parte del esquema del cuerpo que se expulsa. La extensión de la imagen corporal hacia el mundo es también evidente en la voz y el lenguaje. Las partes más sueltas y protuberantes del cuerpo, como los brazos, piernas, pene, nariz, etc., tienden a personificarse, tanto más cuanto mayor sea su significado libidinal. De ahí el temor a perderlas (ej.: pene y castración), así como el temor de desmembramiento del cuerpo. Este temor aparece evidente en las psicosis por proyección de partes del cuerpo al mundo exterior. Cuanto más intenso es el sadismo, hay más vivencias de desmembramiento, como en la melancolía. En la esquizofrenia puede darse cualquier extravagancia con respecto al cuerpo. Partes de él o la totalidad, puede transformarse en un objeto del mundo y no pertenecerle, así como partes del mundo pueden estar en el cuerpo, porque el cuerpo también se hace y deshace en las psicosis.

Construcción y destrucción del esquema corporal son procesos asociados. La construcción constituye un “bajo continuo” a pesar de las destrucciones que se produzcan. Esta construcción sigue un proceso madurativo sujeto al desarrollo filogenético. En este proceso hay primero un núcleo oral de la imagen del cuerpo y por un proceso de maduración secundario se diferencia el yo corporal del mundo.

Todo cambio en la estructura libidinal, incluso el que comprende el desarrollo madurativo, produce modificaciones en el modelo postural del cuerpo y también todo afán, todo deseo modifica la sustancia y la forma del cuerpo.



Cuatro planos generales intervienen en el desarrollo unitario del esquema del cuerpo: a) fisiológico (simpático, periférico y medular), b) actividad focal cerebral (con continua resonancia en la conciencia), c) actividad orgánica general vinculada a la corteza (vida orgánica afín a la vida psíquica) y d) actividad psíquica que influye sobre la actividad somática. En el modelo postural del cuerpo hay una interacción de estos cuatro planos.

La vida emocional desempeña un papel decisivo en la configuración definitiva del modelo postural del cuerpo y en sus alteraciones. Las alteraciones emocionales generales del esquema del cuerpo pueden ser variadas de un modo más directo a través de la ornamentación y la vestimenta, por transferencia libidinosa mediante la cual éstas toman un carácter simbólico de órgano, generalmente sexual. La rigidez de la imagen corporal se enriquece así con los ornamentos, lo mismo que con el movimiento y la danza, ya que en éstos también se disuelve la forma rígida del cuerpo. La emoción, por su sentido cinético, tiene una acción análoga.

En la tercera parte de la obra, el autor aborda el problema de la sociología de la imagen corporal.

Mediante la identificación y la personalización nuestra imagen corporal se une a las imágenes corporales de los otros y una imagen corporal es la suma de las imágenes corporales de la comunidad.

Por otra parte emoción y pensamiento están dirigidos a los demás. Por eso es posible sentir sobre el esquema del cuerpo los delirios de influencia, ya que el pensamiento de los demás es también dirigido a uno. Las modificaciones del cuerpo, tales como la aparición del vello puberal o los senos, crean preocupaciones por el cuerpo propio y de los demás. Interés por el cuerpo e interés social son paralelos. El psicoanálisis muestra la relación entre la actitud hacia el propio cuerpo y la actitud hacia los demás. Desde el comienzo hay vínculos entre todas las imágenes corporales, aproximadas o distanciadas, por factores ópticos y táctiles.

La masturbación, en tanto *que es contacto* con el cuerpo, es también un contacto social por el cual se atraen las imágenes corporales de los demás. El super-yo la reprime y la cara toma el sentido del contacto y los ojos son la herramienta fundamental del mismo. El rostro *es* la parte más expresiva del cuerpo en la manifestación de las emociones y tienden a ser imitadas, reproducidas fisiognómicamente en los demás. La identificación es un proceso que se basa en el esquema corporal, en el cual *no* sólo se imita, sino que se sustituye al otro adquiriendo su capacidad para actuar en el mundo. Pero la vida social comprende identificación y acción. Mediante la identificación incorporamos a los otros dentro de uno y por la acción *sentimos* a los demás como objetos independientes.

El cuerpo y su imagen postural es el objeto primario del arte, porque es el objeto hermoso por excelencia. Pero la belleza, que es fenómeno social, implica un objeto hermoso que provoque tendencias sexuales sin satisfacerlas y que todo el mundo lo disfrute. El ideal clásico no comprende ni la emoción fuerte ni el movimiento violento.

De la aspiración, por identificación, a que los demás tengan un modelo corporal hermoso y libre de perturbaciones, surgen las leyes de la ética.

El autor finaliza su exposición con el problema del cuerpo muerto en relación con la imagen corporal. Puesto que ésta es una creación que se sirve de la experiencia bruta sólo a manera de materia prima, la muerte no destruye la imagen corporal de la otra persona. De la persona *muerta* construimos la imagen corporal de una persona viva. Cada parte del cuerpo de un muerto permanece vinculada a él. La prolongación de su imagen corporal a través de sus vestimentas o de nuestros sueños y fantasías, retienen una parte importante de lo que realmente percibimos en los demás.

*Jorge Galeano Muñoz*



LUIS G. DE ALVAREZ DE TOLEDO, ALBERTO IE. FONTANA y FRANCISCO PEREZ MORALES. — “Psicoanálisis y Dietilamida del Acido Lisérgico (L S D - 25). Fundamentos para una técnica terapéutica combinada”. Act. Neuropsiquiat. Vol. 4, Buenos Aires 1958.

En la presente reseña se divide el trabajo en:

- 1) Información farmacológica.
- 2) Teoría y práctica de la sesión psicoanalítica.
- 3) Historiales clínicos.

1) Información farmacológica. El L S D. 25 es un producto sintético derivado de la condensación del ácido lisérgico, derivado del cornezuelo de centeno, con una amina secundaria, la dietilamina.

Su ingestión produce estados que han recibido *diversas* calificaciones: psicosis inducida, psicosis superficial, etc., siendo aún desconocido su mecanismo de acción. Su dosis óptima es alrededor de 100 gammas.

- 2) Teoría y práctica de la sesión psicoanalítica.

La sesión dura como promedio unas 6 horas, utilizándose en ella como elementos complementarios la música y la comida. Los autores han comprobado que la música actúa como medio de conexión siendo sustituto de la voz, del objeto, del sujeto y del mundo.

El ofrecimiento de la comida es sentido como una gratificación extra y el problema del comer está en relación directa con las dificultades de conexión (inhibición del hambre y voracidad).

*Acción de la droga.* — Si bien su acción es variable en cada caso hay una tendencia a la “regresión profunda de la libido a niveles prenatales de vida, que es vivido como desintegración y muerte seguida de una progresión de la libido que se vive como un renacimiento”.

Hay fusión y pérdida de límites con el objeto (regresión intrauterina) donde el sujeto se siente protegido pero al mismo tiempo desamparado por

no poder controlar al objeto que lo contiene.

La proposición del uso de la droga por el analista es vivido como pérdida de su omnipotencia que es desplazada a la droga, se espera una mejoría con prescindencia del analista pero que luego lleva a intensas depresiones al comprobar que la conexión con el analista es la única posibilidad de curación.

La acción de la droga no sería inherente a ella, sino que según muchos investigadores estaría directamente ligada al desarrollo psíquico de cada sujeto.

Según los autores su efecto se inicia desde el momento que el paciente acepta tomarla, ya que surge gran cantidad de material como un intento de apaciguar al analista que es vivido como perseguidor. Surge nuevo material no traído hasta ese momento por temor a que escape a su control, se adelanta a la experiencia para manejarla de antemano.

En otros casos la ansiedad es encubierta por el interés científico de lo que pueda suceder. Otras veces el temor es negado porque “creen” saber todo lo que va a suceder.

El temor fundamental es a lo desconocido y a la pérdida de control, que son vividos como temores de muerte, locura, emergencia masiva de agresión, etc. Se espera una cura mágica con el despertar de capacidades ocultas. Surgen vivencias de muerte y aniquilación por la desconexión con los objetos y la realidad así como también vivencias placenteras consideradas como lo verdaderamente real. La primera experiencia es traumática y vivida como la relación analítica, como una relación sexual, oral, anal, genital, etc. En la mayoría de los casos la experiencia es fantaseada como una violación, siendo simultáneas las fantasías de coito, embarazo, parto y nacimiento. Entre los primeros síntomas que aparecen está la pérdida del control de la motilidad de los miembros, llegando en algunos casos a creer en su inexistencia.

Los autores consideran que además del temor a la experiencia, esto expresa una regresión a un período embrionario donde los miembros aún no se habían desarrollado. Los estímulos sensoriales se modifican percibiéndose los sonidos más agudos y los colores más brillantes. Los objetos varían de tamaño, pueden percibirse aplanados, en dos dimensiones con variaciones de volumen. El aplanamiento y pérdida de volumen de los objetos y su posterior recuperación significan la desconexión o conexión del sujeto con su cuerpo, con el objeto y con el mundo.

En varios casos los sonidos eran percibidos como producidos dentro del cuerpo. Como consecuencia del retiro de la libido surge la angustia de muerte vivida como real la regresión y progresión de la libido se expresa en vivencias somáticas, alucinaciones, dramatizaciones de nacimiento y muerte etc. Surgen situaciones traumáticas o de un especial valor afectivo, aún habiendo sido previamente elaboradas en el análisis, en forma de dramatizaciones con posterior representación mental (se ilustra con un caso clínico) considerando los investigadores que es debido a la persistencia de cargas libidinosas correspondientes, que han quedado “aisladas en el cuerpo” y que promueven la repetición como si más allá del fenómeno de conversión hubiera una memoria corporal”.

La entrega a la acción de la droga lleva al paciente a un estado de regresión semejante al dormir donde éste debe aplacar sus ansiedades depresivas y paranoides con el analista para vivir” lo que sucede en su cuerpo y en su mente. El cuerpo se relaja cada vez más alternando con movimientos de flexión y extensión de la columna, con previa sensación contractura muscular de la nuca, del ano y de la boca, “la boca y el ano se deshacen”.

“El tubo digestivo del sujeto se transforma en un cordón umbilical entre él y el analista”. La articulación de la palabra se hace dificultosa, la disolución de la boca es vivida en forma simultánea con la vivencia de muerte provocando intensa angustia. Los temores persecutorios y depresivos

en relación con el analista crean vivencias de muerte por destrucción, que llevan al paciente al esfuerzo opuesto, lograr la conexión.

Los pacientes aceptan que el mundo interno es el auténtico pero, luego con el pasaje de éste al analista, la realidad está en la relación con él.

La música facilita la proyección del objeto interno en el analista, al igual que el contacto físico buscado por el paciente, si éste se ausenta se proyectan imágenes en las paredes como intento de su recuperación. En ocasiones aparecen imágenes coloreadas o sensación de que los objetos se mueven, traduciendo la proyección del objeto con la carga afectiva ligada a él o bien en forma separada. Las defensas del yo se debilitan frente a los estímulos internos y externos *sintiéndose* invadido masivamente por ellos. Los recuerdos se perciben por imágenes visuales proyectadas al exterior. En algunos casos la imagen mental pasa al cuerpo transformándolo y su esquema se modifica en relación a la etapa del desarrollo que corresponde a la vivencia. La percepción del tiempo también se modifica variando éste con la lentitud o la aceleración de las vivencias, siendo sentido en forma mas acelerada cuando el sujeto se conecta con su mundo interno, viviendo como una lentificación la conexión con el *mundo* externo. La verbalización asume las mismas características, refieren los hechos con mayor o menor dificultad, alternando con largos períodos de silencios que expresan la unión emocional y mental con el analista y la intervención de éste, es vivida en forma frustrante. A veces el silencio expresa la rivalidad, el temor a ser despojado por el analista de sus maravillosos conocimientos. La expresión verbal surge en forma condensada, un término es expresión de múltiples vivencias. En algunas ocasiones las palabras se convierten en los *hechos*, al cargarse con el afecto correspondiente a la fantasía y suelen producirse interpretaciones de lenguaje, imposibilitando el habla. A veces falta el habla por regresión a una etapa anterior a la verbalización.

A veces las imágenes y vivencias surgen con tanta velocidad que imposibilitan su comunicación y si el paciente se esfuerza y logra hacerlo se siente frustrado porque el analista no adivina lo que piensa demostrándole que no es omnipotente. En las situaciones de depresión la verbalización se sustituye por gestos. La agresión es vivida en forma intensa, y se expresa con mucho temor traduciéndose en cambio *en actitudes* de desprecio, rechazo, o queja y desesperanza, intentando destruir al analista, mostrándose destruido tratando así de controlar la agresión hacia él.

Las ansiedades paranoides depresivas, al dificultar la conexión conducen a una disociación mente-cuerpo adquiriendo una expresión somática, diarrea, polaquiuria mirada agresiva etc. Si esta agresión invade al *sujeto* puede llevarlo a una agresión física real que hace que algunos pacientes pidan al analista que tomen precauciones. Esta disociación puede ser muy notoria, el paciente habla para controlarlo y para que *no pueda percibir lo que siente* o si no lo oculta, refiere lo que siente como sujeto de experiencia. Esta disociación puede expresarse en que mientras “asocia libremente” tiene imágenes visuales que representan lo que tratan de encubrir. Las interpretaciones que atenúan las ansiedades depresivas y paranoides, favorecen la conexión con el analista consiguiendo que cuerpo y mente se unifiquen. El restablecimiento de la conexión es sentida como recuperación del calor perdido y los colores se hacen más vivos. Se ha observado que afecto, calor y color son vividos como algo semejante, identificándose en la desconexión el frío lo gris y la soledad. Con la conexión el afecto se desbloquea, las sensaciones eróticas, dolorosas, etc. se transforman en emociones sentidas previamente en el cuerpo o en partes de él, que están sustituyendo al objeto.

Los objetos internos, con el afecto ligado a ellos son colocados en el analista en forma de imágenes simbólicas de los objetos buenos y malos



siendo luego remplazados por las imágenes buenas y malas de los objetos reales. Al externalizarse los distintos objetos reconocidos como partes del yo, hacen que el analista sea visto como su “doble” o el paciente se siente idéntico a él. Las interpretaciones y la prueba de la realidad hacen que éste sea sentido como su depositario pudiendo tratar de agarrar-lo en un intento de recuperarse a sí mismo, o se desconecta volviendo a su cuerpo o a la mente que ocupan el lugar del analista no controlable. La interpretación de esta situación hace surgir nuevamente vivencias de muerte.

“El análisis y la interpretación transferencial de las fantasías intrauterinas, la intensa vivencia de éstas y por otra parte, la corroboración lenta pero inexorable de su carácter fantástico, hacen que la desconexión sea sentida como muerte real y no como refugio en el vientre de la madre.

La intensidad de las vivencias de muerte y de destrucción, su desaparición por la interpretación y la intensidad de las vivencias de vida y color que trae aparejada la reconexión con el analista hacen que la aceptación del objeto, el amor y la vida sean sentidas como una sola cosa y que la separación del objeto externo se sienta como reposo, como parte del movimiento vital”.

### *Historiales Clínicos*

A continuación se sintetiza un caso del Dr. A. Fontana omitiéndose — por razones de espacio— el otro historial realizado por el Dr. Fco. Pérez Morales.

Se trata de una paciente de 29 años que fue analizada anteriormente con otro analista. Separada de su esposo hacía 6 años se jactaba de ser “la reina del escándalo”. Después de varias aventuras se enamoró y esta relación hizo surgir un síntoma que la llevó al análisis por **la** vez: úlceras en mucosa bucal. Después de seducir a su amante, como a tantos otros, le fue infiel, como medio de poner límite a esta relación, pero se sentía como caída en una

trampa. Su análisis fue interrumpido varias veces. Podía vincularse con el analista mientras no “apareciera” nada de afuera, del mundo exterior.

3 sucesos traumáticos (venta de un campo donde pasó su niñez y adolescencia, ruptura con su amante, y muerte repentina de la abuela) la llevaron a un estado de ansiedad y des-personalización que hizo necesario un tratamiento insulínico durante el cual el análisis no fue interrumpido.

Sus dificultades eran en las relaciones objetales por la existencia de límites: no podía “acercarse” a nadie sabiendo que debía separarse, situación que obviamente se repetía en el análisis.

Teniendo en cuenta las interrupciones llevaba 2 años de análisis cuando se le propuso el uso del L. S. D - 25 siendo aceptado por la paciente y utilizado durante 8 meses. *El* primer día de la experiencia expresa miedo a hacerse adicta a la “droga”, miedo que el autor refiere al miedo de acostumbrarse a su compañía. Después de su ingestión surgen evidentes fantasías de nacimiento, luego regresión al seno materno con sus objetos ideales (padre y madre) y se aísla del mundo. Es el autismo. En la misma sesión proyecta afuera su propia vida y cuando la percibe introyecta todo, calor, color, imágenes para no compartir nada con el analista por rivalidad y temor al abandono.

*La 2~ Sesión* se realiza 2 meses después a su pedido.

Expresa angustia y terror por lo de afuera (el analista es Frankenstein, Dr. Hyde, etc.) pero poco a poco puede verlo como más real, siempre que permanezca inmóvil, así puede, acercarse y alejarse llegando a una relación más estable con él. *Después* de estas sesiones se ha movilizó internamente traduciéndose en franca mejoría embarazándose después de 6 años — aborto con gran angustia y odio por no poder conservar el hijo y al poco tiempo *se* propone otra sesión con L. S. D. 25.

En esta sesión trata de hablar de la masturbación, expresada en movimientos en sesiones anteriores. El analista es visto como médico,

vivencia el aborto pero además la pérdida de sus cosas internas en cada sesión al externalizarlas. Es la primera vez que puede hablar de su problema familiar, lo hace durante tres o cuatro horas el autor interpreta su actitud “escandalosa” como medio de encubrir el escándalo de la familia. Al desprenderse de esta “carga” familiar se siente sola y desamparada y ante la soledad reacciona con un nuevo embarazo realizándose la 44 sesión en estas condiciones. Se queja de no ver colores, y su dificultad estriba en no ver las cosas ni horribles ni maravillosas. A su pedido se pone música que logra conectarla con el analista pero el recordar es vivido como pérdida de trozos de su vida que la entristece y la hace sentir impotente por no poder conectarse en forma segura. La música tenía el valor de relación sexual pero no le daba seguridad aunque expresaba un progreso a su vinculación con el mundo.

Después de esta última sesión sus defensas físicas disminuyen.

Luego de su recuperación se hace la última sesión que el autor denomina de la *conexión* a través de la palabra. A la paciente ya no le interesan sus sensaciones corporales, la música, ni los colores. Habla mucho y esto es vivido como succionar al analista (lo ve agotado) pero al mismo tiempo se siente vaciada por el sentimiento de perder las palabras, como objetos. Ante el peligro de la separación del analista (pecho inagotable) “aparecía la fantasía de devorarse a sí misma, en lo que ella creaba sus propias palabras”. Realizaba estas fantasías ante las frustraciones con la aparición de las úlceras de la mucosa bucal.

Destaca el autor “el recorrido de larga etapa, pues había aprendido a hablar. La secuencia había sido: objeto interno, fantasía, proyección en los objetos concretos la aparición y refugio en el pasado la música y el color como forma de conexión con el mundo externo y por fin la palabra que señalaba una posibilidad de intercambio con el mundo externo, sin tener que devorarse a sí misma

Junto con la palabra adquirió la posibilidad de querer más libremente.

En todas las sesiones los contenidos y defensas no variaron pero expresaban modificación en el nivel de conexión.

*Dra. Olga Alfonso Methol*

DIEGO GARCIA REINOSO. — “Cuerpo y Mente”, Revista de Psicoanálisis. — 1. XIII N° 3 (actualización).

Hace el autor una revisión histórica del curso de la ciencia y muestra como partiendo de una concepción dualista, que es sentida como un obstáculo, se llega a un monismo a fines del siglo pasado.

El psicoanálisis admite esta concepción unitaria del ser ya a través de Freud cuando aseveraba que el yo era primero un yo corporal.

Concepción aceptada y ampliada por Joan Riviere.

Pasa luego a analizar el trabajo de Tausk “El origen del aparato de influencia”. Este autor al describir el aparato de influencia le confiere características psíquicas y físicas. Lo considera como el representante de los genitales del paciente, pero vividos o proyectados en todo el cuerpo, como la persona total. Claro que al avanzar en su descripción, afirma que *esta* proyección, pertenece a la libido del cuerpo y no, a la del yo psíquico.

García Reinoso piensa que esto se puede aceptar, pero ya como una consecuencia del mecanismo de división, es decir como una defensa. Continúa diciendo el autor que si bien en el trabajo de Tausk, se observan evidentes contradicciones, queda sin embargo bosquejada una unidad primitiva y un dualismo posterior, conservándose entre ambos estados mucha relación.

Schilder por su lado trata de unificar los conceptos que sobre este tema se dan desde distintas disciplinas: neurológica, psiquiátrica, psicológica, psicoanalítica, etc.

Lo denominó esquema corporal tomando un concepto de Head y Holmes. Hay más allá de las sensaciones parciales: táctiles, dolorosas, etc., una experiencia inmediata de una unidad que se percibe. Se desarrolla paralelamente al sensorio motor, pues es a través de él, y en su contacto con el mundo externo que se forma el esquema corporal. Lo considera así dado que al principio, el cuerpo es sujeto, objeto y mundo exterior.

Es a la libido que le corresponde dar forma a esta imagen, interviniendo también el dolor y el control motor de los miembros. Las experiencias de los otros cuerpos también están incluí-das en el esquema corporal.

Es un concepto dinámico dado que lo concibe en continuo cambio, es decir que sería una “gestaltung”.

La interacción entre psíquico y somático, es el esquema corporal, por esto todo síntoma psíquico u orgánico está conectado con la imagen postural del cuerpo.

Retorna García Reinoso a Scott, ahora para recordar como este autor asevera que en el recién nacido no hay dicotomía cuerpo-mente, dado que las primeras experiencias se sienten en forma global. La división es el resultado de la actuación de un mecanismo de defensa en su primera disociación.

El incremento del estudio de la medicina psicosomática nos hablaría de una tendencia o una necesidad de una concepción monista del ser. Aunque se admita que el adulto necesita defenderse, mediante la división cuerpo-mente.

Deja pues, bien establecida la diferencia entre el niño, con una vivencia global y la del adulto, que le establece disociaciones: cuerpo-mente, cuerpo-mundo, yo-cuerpo, etc.

Otro aspecto importante de este tema es el que surge como consecuencia de los aportes de M. Klein. La relación de objeto precoz y la disociación del mismo, en bueno y malo, es la base de la disociación cuerpo-mente. El autor lo sintetiza diciendo:

“continuando el pensamiento de Klein y Scott, la disociación cuerpo-mente, sería un conflicto producto de las tempranas ansiedades paranoides y de las defensas esquizoides contra dichas ansiedades. La mente aparece con frecuencia como el objeto bueno y el cuerpo como el objeto malo.

Esto se aclara mucho más con el concepto actual de fantasía *inconsciente*. Esta fantasía es, según la describió S. Isaacs una vivencia global, en un principio y que posteriormente por la acción de los mecanismos defensivos, se divide, estableciéndose el dualismo.

En los síntomas neuróticos se reencuentra la concepción monista del principio, esto es lo que ha aportado mayores elementos para la medicina psicosomática.

Es decir que en cierta medida retomamos la psicosomática de Freud en su histeria de conversión, claro que ampliado y aclarado por el concepto de fantasía inconsciente del mismo Freud de Klein y de Isaacs.

El Dr. Grama también lo enfoca desde un punto de vista monista cuando habla sobre la génesis de la úlcera gastroduodenal.

Alexander se opone estableciendo una interacción entre conflictos psíquicos y jugos gástricos.

Como punto final de estas actualizaciones se describe la posición del analista, frente a su analizado, en la misma forma, monista, pero en constante disociación por una actitud defensiva contratransferencial.

*Mercedes Freire de*

*Garbarino*

DIEGO GARCIA REINOSO. — “La Interpretación en pacientes con trastornos de conversión”, Buenos Aires. 1956. (Comunicación al symposium anual de la A.P.A.).

Partiendo de lo expresado por Susan Isaacs en “Naturaleza y función de la fantasía”, de que sentimiento y sensación corporal es en un primer momento lo mismo y que la distinción entre ambos es producto de una disociación defensiva, trata Diego García Reinoso de demostrar como

interpretando las sensaciones corporales elimina dicha disociación.

Aclara que si bien él toma para este trabajo, como ejemplo una paciente, en la que él cuerpo juega un papel preponderante, cree sin embargo, que en todo paciente, si se busca se encuentra al cuerpo incluido en sus fantasías y trastornos.

La paciente, trataba a través de su material en las sesiones, de que el analista incluyera su cuerpo, en un intento de integración, dado que ella lo vivía separado o extraño de sí: “yo habito dentro de mi cuerpo” —decía.

Esta disociación cuerpo-mente era por otra parte la expresión de la misma división en otros aspectos; bueno-malo, presente-pasado, etc.

Como ejemplificación de esta situación el autor trae material de sesiones en donde se vé que en un momento dado en que se estaba analizando la idealización de varias figuras masculinas que representaban al padre, sintió un intenso dolor en las piernas, que al ser analizado, produjo la aparición de aspectos malos del mismo.

La unión se producía cuando sentía que reintroyectaba al padre a través del analista (interpretaciones) uniendo cuerpo y mente.

La paciente colocaba su cuerpo en el analista por eso la unión era vivida como persecutoria. Se sentía en un primer momento, violada seducida.

Otro aspecto importante de este análisis que destaca el autor es como expresaba la paciente su defensa frente a la idea de ser seducida: se sentía de piedra y temía ser derrumbada. Es decir que lo expresaba por intermedio de su esquema corporal. Asociado a este esquema recordó de que su padre la utilizaba como modelo para esculpir un desnudo.

*Mercedes Freire de Garbarino*



LOUIS LINN. — “Some Developmental Aspects of the Body image”. Int. J. Psycho-Anal. XXXVI p. 36-42. 1955.

El autor desarrolla el tema revisando en primer término los trabajos de Hoffer y otros, que se han ocupado en la documentación, a través de observaciones directas de niños, de algunos conceptos psicoanalíticos correspondientes a los primeros períodos del desarrollo. En particular, han estudiado el desarrollo del Yo a lo largo de su historia evolutiva.

Es así que Hoffer ha comprobado, ya en un niño de 16 semanas, la existencia de un proceso de organización tal, como para permitirle disminuir tensiones orales mediante la actividad motora, en base a una conducta que presupone una genuina actividad perceptual, control muscular, memoria y sentido de realidad (mejor dicho prueba de realidad). A este estado es al que Hoffer propone llamar “Yo-oral” (mouth-ego) atribuyéndole a las manos un rol muy importante en este proceso evolutivo.

Sus observaciones confirman afirmaciones teóricas de Hartman, Kris y Loewenstein sobre el rol de la superficie corporal del niño y especialmente de las manos en el alivio de las tensiones orales.

Se plantea luego el problema del Yo, término que abarca un conjunto complejo de funciones psíquicas, cuyo conocimiento permitirá adquirir ideas más precisas sobre el concepto de imagen corporal, importante integrante en el desarrollo del Yo, pero a su vez, partiendo del estudio de aquella, seguramente se conocerá más, acerca del origen del Yo.

Los trabajos de Bender sobre la doble estimulación simultánea, le aportan una serie de sugerencias que encuentran su confirmación en una serie de casos clínicos.

Dichos trabajos de Bender demuestran la primacía de la cara cuando ésta es estimulada simultáneamente con otra parte del cuerpo. Las manos aparecen

como la zona menos sensible. Los genitales ocupan un lugar inmediatamente inferior al de la cara.

Tanto desde el punto de vista filogenético, como psicológico, es indudable la importancia de la cara, ya que es una zona de primer orden en el contacto con el mundo exterior (expresión mímica, lenguaje, etc.), a lo cual se agrega el valor que los psicoanalistas le confieren a la boca, como órgano de la alimentación y fundamentalmente, porque es a través de ella que el niño establece sus primeras relaciones objetales.

También la sensibilidad de la zona genital, en niños, confirma las afirmaciones psicoanalíticas de la existencia de un período fálico en el curso del desarrollo.

El autor, apoyándose en los datos obtenidos en casos clínicos propios, comprueba la exactitud de las afirmaciones de Bender y concluye que si bien las respuestas erróneas se dan con más frecuencia en la estimulación simultánea de cara-manos, éstas están incluidas, de algún modo, en las respuestas (en forma preverbal o con expresiones tales como: “las manos de la cara”, etc.).

Considera que en un período temprano del desarrollo, las manos y la boca están a través de la intervención de éstas en la alimentación y en el alivio de tensiones, están fusionadas. Aún más, pecho-boca-manos constituirían una unidad en un principio. Cuando el pecho comienza a ser visto como algo independiente del self, las manos lo sustituirían, ayudando al proceso de este conocimiento.

Aporta en este sentido, comentarios sobre la exosomaestesia, que representaría precisamente, una situación de regresión, en ese caso, por lesión orgánica cerebral.

Así pues, a través de una serie de observaciones clínicas, con una información amplia, aporta valiosas conclusiones para un mejor conocimiento del desarrollo del esquema corporal y por ende del Yo.

Constituye, indudablemente un trabajo claro, conciso y sumamente interesante.

Luis E. Prego Silva.

NICOLA PERROTTI. — “Consideraciones teóricas de la despersonalización”. Rev. Française de Psy. Anal. XXIV - 1960 - 4/5.

La fenomenología de la “Despersonalización” y de los estados afines (“desrealización”, “ya visto”, etc.) tal como se nos presenta a la observación, pueden reducirse a la vivencia única e irreducible en la que “el objeto siente que un cambio inquietan-

te se ha producido en él, en la forma o manera de percibirse él mismo (su propia identidad) o su propio cuerpo o bien el mundo exterior. La parte de nuestra personalidad que se da cuenta de ese cambio, no distingue si es verdaderamente el mundo el que se ha modificado (vivencia del eclipse o del temblor de tierra), o bien si es que los órganos de la percepción están alterados e incapaces de controlar el mundo”.

Las formas clínicas de presentación de los fenómenos de despersonalización son dos: una forma aguda en la que sobrevienen crisis muy angustiosas y que recuerda las crisis agudas de angustia y una forma crónica parecida a la depresión ligera.

Son múltiples y variadas las condiciones favorecedoras del desencadenamiento de los fenómenos propios de la despersonalización, aunque pueden reducirse a todo aquello que debilite la eficacia del aparato psíquico (fatiga, intoxicaciones, pérdida de objeto, etc.).

Las teorías propuestas para explicar los fenómenos de la despersonalización son numerosas y contradictorias, pero todas están de

acuerdo en admitir y reconocer un trastorno del Yo.

Aparece aquí como necesaria una reconsideración de nuestros conceptos sobre la personalidad y sus partes: Ello, Yo, y Super-Yo. Es de reconocer la necesidad de una revisión sobre la estructura interna de estas instancia psíquicas, así como lo oportuno de derivar del Yo otra instancia, distinta del Yo ideal, del ideal del Yo y del Super-Yo, denominada Yo auto-consciente o Yo superior, a quien se le reconocen las funciones siguientes: Previsión del futuro, vigilancia activa, crítica de la realidad, síntesis, abstracción y lógica.

En la despersonalización hay una escisión del Yo; en una parte, el Yo auto-consciente que observa y reconoce los trastornos de la otra parte de la personalidad y del Yo, la que está en contacto directo con la realidad exterior e interior. Esto es llamado: Escisión transversal.

Esta escisión, a su vez, está condicionada por otra escisión longitudinal de la personalidad y del Yo inferior, debida a la negación.

A esta ruptura hacen alusión Freud, Gillespille, y otros autores a propósito de la perversión y M. Klein a propósito del paso de la actitud esquizoide-paranoide a la actitud depresiva.

Acontece, cuando este proceso defensivo fracasa, la aparición de un estado de confusión terriblemente angustioso; contraria mente, cuando este proceso triunfa o se restablece, los fenómenos de despersonalización aparecen en todas sus formas.

A partir de este pánico angustioso, podrían describirse una gran variedad de trastornos psíquicos y concretamente *podríamos* distinguir:

- La serie delirante, en la cual, a continuación de una ruptura total con la realidad, el Yo es integralmente englobado en la neo-formación delirante;
- La serie fóbico-obsesiva donde predominan la represión y el aislamiento y donde el Yo inferior combate los derivados de las pulsaciones, mientras *que* el Yo superior está casi intacto; esto se puede conceptualizar

- diciendo que el síntoma es egodistónico;
- La serie perversa donde se obtiene la cohesión de una mayor o menor parte del Yo, gracias a la concentración en un sector bien limitado del Yo, de una realidad extraña y negada;
  - La serie despersonalización donde la negación apunta, no solamente un sector limitado de la realidad, sino toda la parte extraña de las identificaciones primarias y de las primeras relaciones objetales, es decir, sobre la parte *frustrante* y angustiada de la toma de contacto con el mundo, mientras que el Yo auto-consciente conserva la capacidad intelectual, pero no participa afectivamente en las emociones.

#### Resumen del autor

DORA NIMEROVSKY DE FIASCHE. — “Esquema corporal y concepción del mundo: Notas sobre el análisis de un psicótico con un sistema delirante”. Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, aún inédito.

El punto quizá de mayor interés de este trabajo es la demostración, en un caso concreto, de la existencia de la relación entre el esquema corporal y la “weltanschauung”. Se sabe, teóricamente desde los trabajos de Clifford Scott y otros, que la estructuración del esquema corporal y la del mundo vivenciado corren en forma paralela, pero el análisis del caso permite entender la relación precisa entre las alteraciones que se produjeron en el paciente en uno y otro campo.

El paciente era un muchacho de 22 años, que había sufrido a los 17 una crisis psicótica, se había recuperado parcialmente, y había elaborado una

“teoría”, muy poderosa, mediante la cual podía realizar “curaciones”. Lo esencial de la teoría era que la enfermedad consiste en el exceso de egoísmo, y que la curación consiste en despojarse del egoísmo y sacrificarse para los demás, como hizo Jesús. Entre los elementos delirantes de esta teoría se encuentra una fantasía mesiánica.

Conjuntamente, presentaba numerosos trastornos del esquema corporal y fantasías hipocondríacas, principalmente referidas a la cabeza, y en relación con el trauma de nacimiento (nació con forceps).

Existía “una estrecha relación entre el sufrimiento en el esquema corporal y el estar sobredotado de medios mágicos para dominar a los demás (vencer al perseguidor), o sea, lo que es impotencia en el esquema corporal es megalomanía en su posición ante el mundo cuando se identifica con el objeto idealizado”.

Otro ejemplo de este proceso es la identificación del paciente con el monstruo de Frankenstein, fabricado a partir de pedacitos de cadáveres cosidos juntos, y dotado de un cerebro de criminal. El monstruo se analiza en un plano como representación del esquema corporal del paciente, particularmente de su sistema muscular sobrecargado de agresión, y en otro, como “formado por objetos ya devorados que en parte habían sido asimilados, entrando a formar parte de su sustancia, y el resto no digerido, retenido y fragmentado en su intestino, extendido en superficie a través de su envoltura corpórea”.

*El* esquema corporal-Frankenstein (disociado, en pedacitos), correspondía a su fantasía de ser como Einstein, de conocer todo, y de poder resolver el enigma de la vida, y a su identificación con el ser total y único.

Pudo renunciar a su fantasía de genialidad o divinidad en la medida en que la elaboración de las angustias paranoides y depresivas le permitió una mayor integración de su Yo y de su esquema corporal, experimentando la correspondiente transformación de su ideología, ya desprovista de elementos

delirantes.

El trabajo estudia también muy profundamente otros aspectos del caso y de *su* evolución analítica, que no podemos resumir aquí.

Willy Baranger.

ANDREW PETO. — “Imagen corporal y pensamiento arcaico”. (Body *Image* and Archaic Thinking). The international Journal of Psycho-Analysis. Vol. XL. Mayo-Agosto 1959. pág. 221.

El autor describe en este artículo, un tipo muy especial de regresión profunda sufrida por algunos pacientes, en la mayoría de los casos jóvenes entre 15 y 25 años y con serios trastornos de índole esquizofrénica, en el curso de las sesiones de análisis. Se trata pues de un fenómeno típicamente transferencial que consiste en una alteración del esquema corporal, caracterizada por la fusión de los cuerpos del paciente y del psicoanalista que toman así, el aspecto de una masa más o menos vaga y amorfa. Este proceso puede *adquirir características* diversas. Muy frecuentemente, esa masa no se distingue del contorno: se inicia a veces en alguna parte del cuerpo y se desarrolla a través de la fantasía oral de devorar al analista o de ser devorado por él, hasta que ambos cuerpos se conviertan en una masa de barro o carne. Otras veces la unión comienza bajo la forma de fantasías de relaciones sexuales entre paciente y terapeuta, que terminan en una confluencia total de los dos. Suele suceder que se inicie por los ojos. Estos se prolongan, se

alargan y atraviesan el cuerpo *del* analista abriendo un camino por el cual el paciente se introduce en aquel; o de lo contrario es el cuerpo del analista que se introduce en el del enfermo a través de las órbitas. *A veces es la* pierna u otra parte del cuerpo, que empieza a crecer hasta englobar al psicoanalítico; o es todavía la piel del paciente que se espesa y crece gradualmente, hasta llenar el *espacio que* lo separa del terapeuta y constituir con éste, una masa indiscriminada y amorfa.

Estas experiencias ocurren durante el *desarrollo de la* transferencia cualquiera sea su signo, y son expresión tanto de las pulsiones libidinosas como de las agresivas del enfermo. Puede suceder, que los fenómenos señalados sean vividos por el paciente como realizados activamente por él, lo que da origen a sentimientos placenteros de dominio y control omnipotente; o de lo contrario sufridos pasivamente como impuestos por el analista que lo absorbe y lo incorpora, dando lugar en esta circunstancia a estados de ansiedad.

El autor afirma que estos sentimientos sólo aparecen en el principio del proceso y que a los pocos minutos son sustituidos por un estado de verdadera indiferencia y vacío emocional.

Tales regresiones quedan siempre limitadas a las entrevistas, fuera de las cuales los pacientes recuperan rápidamente el curso de vida ordinario.

Aunque con alguna frecuencia estos fenómenos son utilizados como resistencia contra el análisis de capas más superficiales pero más penosas, el autor afirma que posteriormente hay un progreso muy ostensible en las relaciones transferenciales que son vividas y valoradas con mayor sentido de la realidad, como si esas regresiones facilitaran el camino para una mejor captación de parte del paciente de la naturaleza de los vínculos interpersonales. Con todo, es difícil establecer por anticipado el valor terapéutico de estos procesos y la discusión sobre el interrogante de si todos los casos graves necesitan de esas regresiones para obtener una mejoría persistente,



aún está abierta, por más que el autor no haya observado efectos perjudiciales en sus enfermos.

El mayor interés teórico del artículo, lo coloca Peto en el significado que para él tienen esas regresiones. Representan una actualización de la imagen corporal más temprana; la cual se nos presenta como “una estructura experimentada en términos de una función fluida y en constante cambio de forma y consistencia”.

Se trata de un amplio proceso integrativo en el que intervienen distintas áreas del cuerpo, principalmente aquellas ligadas a las esferas de las sensaciones térmicas, táctiles, kinestésicas y vestibulares, lo que demuestra que en ciertos individuos al menos, todas esas funciones juegan, además de la oralidad, un papel principal en las primeras tentativas de integración del yo, y en las primeras relaciones del niño con la madre. Todos estos esfuerzos traducen pues, las primeras tentativas para una captación de la realidad, mediante la exploración e integración del mundo externo, vale decir que tienen el significado de un pensamiento, pero arcaico, y que tiene muchos puntos de contacto con la dinámica del esquema corporal. De la observación de los fenómenos transferenciales desarrollada en este trabajo, infiere el autor que’ desde muy temprano el yo integra o trata de *integrar* en su imagen del cuerpo toda la suma de estímulos internos y externos a los que está sometido.

En esta etapa, el esquema corporal comprende también a los primeros objetos, así como sus relaciones, los sentimientos y las situaciones complejas “buenas” y “malas”. Así por ejemplo, el pensamiento de la madre es experimentado en forma global, abarcando la suma de vivencias corporales tanto placenteras como displacientes. Si las condiciones de desarrollo son favorables y a medida *que avanza* la estructuración del yo, el pensamiento, en un principio íntimamente ligado con las nociones de placer y displacer, sufren un proceso de neutralización que finaliza en el establecimiento de

conceptos libres de todo colorido emocional.

*Rodolfo Agorio*

TARAGANO, FERNANDO. — “Psicodinamismos del esquema corporal”.

Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 1959, 5, 9.

Este artículo es la síntesis de tres conceptos del esquema corporal pertenecientes al periodo actual (“psicoanalítico”) de *su* estudio: el de Paul Schilder, el de Clifford Scott y el de Enrique Pichón-Riviére.

Schilder define el esquema corporal como “la imagen tridimensional que cada uno de nosotros tiene de sí mismo”. Esta imagen está construida con sensaciones recibidas de distintas fuentes: la superficie corporal, con particular importancia de los orificios (en relación con la evolución psicosexual), el interior del cuerpo, la motilidad muscular, las percepciones ópticas y la relación con el mundo exterior, con los procesos de proyección e introyección. La imagen del cuerpo no es suma de sensaciones sino “gestalt” dinámica en constante estructuración y de-estructuración, en la cual la libido juega un papel predominante (por ej. en la fase oral, el esquema *corporal se estructura* alrededor de la boca). El esquema corporal se estructura progresivamente en la etapa post-natal y *en* relación constante con la estructuración del espacio.

De ahí la interesante distinción entre dos espacios: el espacio del yo, que proviene <le la estructura filogenética del cuerpo, con sus dimensiones heredadas (arriba-abajo-adelante-atrás, etc.) y el espacio del ello, que proviene de las experiencias individuales vivenciadas en el desarrollo emocional.

Este espacio del ello se vuelve predominante en los procesos regresivos: enfermedad orgánica, miembro fantasma, anosognosias, etc.

Aunque tenga un enfoque ontológico monista, Schilder mantiene una dicotomía esencial entre cuerpo y mente.

Las formulaciones de W. Clifford Scott tienden precisamente a superar esta dicotomía. Scott reconoce que el proceso del desarrollo tiene como punto de partida un estado indiferenciado en el cual soma y psique, yo y no-yo se encuentran fusionados, y no se individualizan sino por progresivas escisiones y disociaciones. Tenemos la experiencia de este estado en dos fenómenos opuestos: el llamado (por Freud) “estado oceánico” donde se borran los límites del yo y del cosmos en una vivencia eufórica; y el “caos catastrófico”, donde se borran también, pero en fragmentación, odio y desesperación. El esquema corporal es lo que permite la individualización del yo y del no-yo, del cuerpo y del mundo, dando un papel de suma importancia al límite entre el yo y el no-yo, es decir a la superficie del cuerpo, a la piel. Este límite se establece en el curso de la evolución psíquica con la finalidad de superar angustias específicas, y en un proceso dinámico y dialéctico. Establece diferenciaciones necesarias, pero que no deben ser tomadas al pie de la letra, ni formuladas ontológicamente.

Sigue un resumen, que se quisiera más amplio, de los conceptos de Enrique Pichón Riviére sobre el esquema corporal. El enfoque de Pichon-Riviére, si bien está en la línea de Schilder y de Scott, aporta a la vez conceptos teóricos fecundos y un estudio detallado de la psicopatología del esquema corporal.

En lo teórico, se ubica en un plano decididamente fenomenológico (en sentido estricto), rechazando toda separación esencial entre mente-cuerpo-mundo. Fundamentalmente existen personas, objetos y situaciones. Todo lo que pasa en el esquema corporal (o en la imagen corporal) pasa en realidad

a una persona vinculada con un objeto en una situación determinada. La introducción en el concepto del esquema corporal del vínculo con el objeto, y con él, del concepto de situación y de tiempo, es posiblemente lo más importante del enfoque de Pichón-Riviére.

Para él, la división cuerpo-mente-mundo es puramente formal: lo que sucede en cada una de estas tres “áreas” pertenece básicamente a la persona, está eligiendo una de ellas predominantemente para manifestar sus conflictos. Pero “nada de lo que sucede en un área determinada deja de ser vivido por la totalidad de la persona”. Esta elige entre las tres áreas, la que le permite mejor expresión y control de sus conflictos y objetos.

El área 2 —el esquema corporal— es la más desconocida para el yo, la que menos le pertenece en apariencia, siendo esto debido a procesos disociativos muy tempranos, que vienen a enajenar en parte la experiencia corporal que tiene sus raíces en la vida prenatal (concepto de “protoesquema corporal” introducido por este autor).

El vínculo con el objeto y la situación conflictual se pueden expresar predominantemente en el área corporal, y esto configura todo un conjunto nosográfico, con sus dinamismos particulares, determinados por el tipo de objetos y situaciones en juego.

En la hipocondría, nos encontramos con una “alineación localizada al esquema corporal”, con localización del objeto perseguidor en un órgano, lo que puede a su vez alterar funcional-mente o aún anatómicamente el órgano considerado. El hipocondríaco es un enfermo que “se especializa en controlar a sus perseguidores metiéndolos dentro de su cuerpo”. Esta situación determina también el tipo de elección amorosa del enfermo.

La histeria de conversión es una forma de manejo de esta situación básica hipocondríaca: el órgano “reacciona con sus funciones propias con el propósito de manejar al objeto perseguidor incluido dentro de él”. En la parálisis histérica conversiva, ocurre esta localización del objeto perseguidor

y del conflicto, y después su aislamiento del resto del cuerpo y su negación. Este enfoque llega a transformar el concepto de conversión (implícitamente dualista).

Muy ligadas con el mecanismo de conversión son las enfermedades psicosomáticas: “La enfermedad psicosomática debe ser comprendida en términos relacionales, como el establecimiento de un vínculo particular con un objeto determinado dentro del esquema del cuerpo, siendo manejado dicho objeto con las funciones propias del órgano”. La naturaleza regresiva del vínculo lleva a un funcionamiento regresivo del órgano, como puede apreciarse en las úlceras gastroduodenales.

Existe, entre los tres cuadros nosográficos de la hipocondría, la histeria de conversión, la enfermedad psicosomática, una unidad dinámica profunda, con diferencias en los mecanismos y en la apariencia de los trastornos.

Este enfoque del esquema corporal permite también dar cuenta de fenómenos como el miembro fantasma, la alucinación, el aparato de influencia, la despersonalización, el delirio de Cotard, la anosognosia, la autoscopia externa negativa, etc. Aún interviene en el concepto que se puede tener de la epilepsia.

**Willy Baranger**