

Mecanismos obsesivos y defensa hipocondríaca*

Marta Nieto Grove
(Montevideo)

Resumen

El objetivo del trabajo son las relaciones entre defensa obsesiva e hipocondríaca. Comprende tres partes: los supuestos, la tesis y conclusiones.

1) Los supuestos

Relativos a la fantasía inconsciente: 1) el carácter corporal de la misma; 2) la importancia de la patología de las vivencias corporales y/o fenómenos hipocondríacos como expresión de los estadios primitivos de la fantasía inconsciente.

Relativos a los fenómenos hipocondríacos: 3) un concepto de hipocondría que abarca la diversidad de fenómenos que tienen en común el expresar en una vivencia corporal las relaciones con los objetos internos, ubicados en el cuerpo; 4) que hay un grupo de fenómenos hipocondríacos que responden a los mecanismos descritos por Rosenfeld (18) para la hipocondría crónica, pero que se encuentran también subyacentes en cuadros que clínicamente no constituyen una hipocondría (16); 5) que la hipocondría en la mujer es de naturaleza defensiva y que se debe a una situación confusional que se expresa en la fantasía de la cloaca.

2) La tesis

* Este trabajo fue presentado en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, el 2 de diciembre de 1964. Por razones de discreción se ha suprimido la mayor parte del material clínico.

Se presenta material del análisis de diversos pacientes, para ilustrar que **el debilitamiento de la defensa hipocondríaca** provoca de parte del Yo una intensificación de los mecanismos obsesivos.

Su finalidad es controlar el contenido angustiante hasta ese momento clivado-enterrado en el cuerpo. Esto es muy notorio en aquellos casos en que este clivaje especial de una parte del self, adquiere una configuración que hemos descrito (en trabajos anteriores) como enquistamiento y denominado “quiste hipocondríaco”. La ruptura de esta capa aisladora es vivida por el Yo como una amenaza de invasión equivalente a muerte y locura.

Por esto la tarea defensiva se caracteriza por la vigilancia y control rígidos de todo proceso que implique un dejar salir algo de adentro (hablar, menstruar, etc.), y de las aberturas corporales que en la fantasía son como bocas de volcán sobre las que el Yo mantiene una mirada recelosa.

Conclusiones

Por lo expuesto a lo largo de este trabajo, considero que son valederas las siguientes conclusiones:

1) Una concepción más amplia de la neurosis obsesiva debida, primero, a un concepto a su vez más amplio de la analidad, que incluye las relaciones fantaseadas de expulsión-retención de cualquier objeto, mediante la intervención de cualquier zona y no sólo del ano (“boca sucia” “mirada sucia”, etc.). Y segundo, basada también en el reconocimiento del fundamento hipocondríaco de muchos cuadros obsesivos, ya que la hipocondría implica una indiscriminación de fantasías impulsos y zonas.

2) Una hipótesis a investigar: que la presencia de mecanismos obsesivos sea siempre indicadora de que los objetos sobre los --que recaen, incluyen vivencias corporales proyectadas. El fundamento es que en su génesis esos mecanismos estaban vinculados a fantasías de relaciones objetales corporificadas.

3) La existencia de una relación específica entre las defensas obsesiva e hipocondríaca caracterizada por: a) el intento de parte del Yo de reforzar mediante el control obsesivo, al clivaje hipocondríaco; b) la intensificación de lo obsesivo cuando la defensa hipocondríaca claudica; y c) la modalidad concreta,

corporal que toma la defensa obsesiva al tener que controlar al cuerpo mismo y sus contenidos.

4) Que en la hipocondría la exploración obsesiva del objeto, por medio del olfato, es una técnica que utiliza el impulso del “renifleur” (3) con el fin de controlar la confusión.

5) Que la neurosis de examen en estas pacientes, es un desplazamiento de la angustia hipocondríaca de examen del cuerpo. Lo que plantea el interrogante, de si en la base de toda neurosis de examen, está presente además de otras, una fantasía hipocondríaca que puede ser la más operante en algunos casos.

6) Una aplicación referente a la técnica. Dado que los mecanismos obsesivos pueden operar en dos tiempos, tienen que ser reducidos siguiendo estos mismos caminos en dirección regresiva. En el primer tiempo el desplazamiento, por ejemplo, se opera desde el objeto hacia el cuerpo (o una de sus partes) y en el segundo tiempo, desde éste hacia algún pensamiento o sentimiento. Si la interpretación saltea el pasaje por lo corporal y trata de relacionar directamente el fenómeno mental con el objeto interno, puede ser inoperante, al dejar intacta la defensa básica.

Summary

This paper deals with the relationship between obsessional and hypochondriac defences. It is divided into three parts: assumptions, thesis and conclusions.

1) Assumptions

Related to unconscious phantasies: 1) body characteristics of unconscious phantasies; 2) the importance of the pathology of body experiences and/or hypochondriacal phenomena as an expression of primal stages of unconscious phantasies.

Related to hypochondriacal phenomena: 3) a concept of hypochondria which embraces a variety of phenomena having in common the expression,

through body experiences, of the relationship with internal objects, located in the body; 4) there exists a group of hypochondriacal phenomena which underlie the mechanisms described by Rosenfeld (18), in the case of chronic hypochondria, but which also underlie certain cases which do not come, from the clinical point of view, under the heading of hypochondria (16); 5) hypochondria in women is of a defensive nature and is due to a confusional situation which expresses itself through the phantasy of a cloaca.

2) Thesis

Material from analysis of various patients is presented in this paper to illustrate how **the breaking down of hypochondriacal defenses enforces the obsessional mechanisms of the ego.**

Thus controlling the contents which cause anxiety, splitburied in the body. This appears quite clearly in those cases where the special splitting of a part of the self takes the configuration we have described in previous works under the name of "hypochondriacal cyst". The rupture of such an insulating envelope is experience by the ego as a threat of invasion equivalent to death and madness.

This is why the defensive work is characterized by a close watching and control of any process implying that something comes out from the inside, such as talking, menstruating, etc. The ego keeps also a mistrustful eye on every body opening, which for the unconscious phantasy is like the mouth of a volcano.

Conclusions

As a result of the points I discussed in this paper, I think the following conclusions are valid:

1) A wider understanding of obsessive neurosis based in the first place on a wider concept of analitic, including phantasmatic relationships of expulsion-retention of any object through the intervention of any zone not only of the anus ("dirty mouth". "dirty look", etc.) and in the second place on the acknowledgement of the hypochondriacal root (foundation) in many obsessive cases, since hypochondria implies indiscrimination of phantasies, impulses and zones.

2) An hypothesis for investigation: I think that the presence of obsessive

mechanisms always indicates that the object they fall on include projected body experiences. I base this assumptions on the fact that genetically those mechanisms are linked to phantasies about corporalized object relationships.

3) The existence of a specific relationship between obsessive defense and hypochondriacal defense characterized by a) an attempt of an ego-part to reinforce the hypochondriacal splitting through obsessive control; b) intensification of obsession when hypochondriacal defenses break down; c) the concrete, corporeal modality of obsessive defenses when they control the body itself and its contents.

4) Obsessive exploration of the object through the smell in hypochondria is a technique using the renifleur's trends (3) in order to control confusion.

5) The neurosis of examination in those patients represented the displacement of hypochondriacal anxiety about an examination of the body. The question wight arise too if at the root of every neurosis of examination there could not be found, apart from other phantasies, a hypochondriacal phantasy which could be the most active in some cases.

6) An application in technique. Since obsessive mechanisms can work in two stages, they must be reduced following those two ways in the direction of regression. In the first stage, the displacement for instance works from the object towards the body (or a part of it) and in the second stage it works from the body towards some thought or feeling. If the interpretation skips over corporality and tries to link up directly mental phenomena with internal objects it may be unsuccessful because it leaves the basic defense untouched.

A manera de introducción al tema, relaciones entre las defensas obsesivas y las hipocondríacas, voy a referirme primero a algunos de los supuestos en que el trabajo se apoya y de los que constituye un nuevo desarrollo. Creo que su enunciación, dada la relación lógica entre supuestos y tesis, permite la comprensión más cabal y hace posible acuerdos y desacuerdos mejor fundados.

1. LOS SUPUESTOS

Referentes a la fantasía inconsciente

1) Como abundantemente han mostrado M. Klein en toda su obra y S. Isaacs en su fundamental artículo sobre “Naturaleza y función de la fantasía”, las fantasías primitivas son fantasías corporales. En efecto, como dice S. Isaacs, “las primeras fantasías se elaboran principalmente sobre impulsos orales, unidos al gusto, olfato, tacto (de los labios y la boca), sensaciones Cinestésicas, viscerales y otras sensaciones somáticas...” y esto “da a la fantasía una cualidad corporal concreta, una «yo-idad», experimentada en el cuerpo”.

¿Qué es exactamente lo que esto significa? ¿De qué cuerpo se habla?

De un cuerpo que es tal, sólo para el observador y no para el sujeto de la fantasía, quien no habiendo aún alcanzado una estructuración espacial, no puede diferenciar entre afuera y adentro, entre cuerpo y mente. Por lo tanto, para el Yo primitivo no existe el cuerpo como tal.

El cuerpo de las fantasías primitivas es pues, equivalente a mundo interno (también al externo), en tanto que al comienzo hay un único campo indiscriminado de experiencias perceptivas.

En la literatura analítica, el concepto de cuerpo y el de Yo corporal es con frecuencia usado de tal modo, que parecería que los autores olvidan que a la noción de cuerpo se llega por un desarrollo de la experiencia, pero que como tal, no tiene sentido para el Yo temprano.

2) Las vivencias corporales del adulto (su patología) expresan estadios primitivos de la fantasía inconsciente: es un corolario del supuesto 1. Cuando una fantasía se “corporifica”, estamos más próximos a la situación primitiva. “M. Klein —dice Rosenfeld (18)— ha vinculado las angustias hipocondríacas del adulto con vivencias tempranas del bebé, en las cuales, ataques persecutorios, sobre todo de objetos parciales, son sentidos como ocurriendo concretamente adentro del cuerpo.”

Referentes a los fenómenos *hipocondríacos*

3) **Un uso del término hipocondría amplio (coincidente con el de patología de las vivencias corporales) que designa a la diversidad de fenómenos que tienen en común el expresar en una vivencia corporal las relaciones con los objetos internos ubicados en el cuerpo.** El fenómeno hipocondríaco entonces, es un valioso exponente de las relaciones objetales internas y por ende, de acuerdo con el supuesto 2, un indicador de que las fantasías de tales relaciones son muy primitivas. Esto es lo que asumen H. Segal y D. Meltzer (20) cuando *dicen*: “*Since Richard was a child with very strong hypochondriacal trends his material affords a rich documentation of internal objects relationships*”.

4) **Que hay un grupo de fenómenos hipocondríacos que responden a los mecanismos descritos por Rosenfeld (18) para la hipocondría crónica, pero que se encuentran también subyacentes en cuadros que clínicamente no constituyen una hipocondría.** (16). Como en aquélla, se trata de una defensa contra la integración de una parte del self que contiene un estado confusional, el cual es definido por Rosenfeld como: “una dificultad para diferenciar entre el self y los objetos, entre los buenos y malos objetos, entre impulsos hétero y homosexuales, y particularmente entre angustias depresivas y paranoides”.

Una consecuencia inmediata de este clivaje, es que el cuerpo (o alguna de sus partes) pasa a ser el recipiente de esa confusión-locura, con lo que el Yo procura una suerte de seguro de salud para el resto del self. Esta parte puede seguir así una evolución más o menos normal, completamente diferente al desarrollo de la parte clivada.

5) **Que la hipocondría en la mujer es de naturaleza defensiva y que se debe a una situación confusional que se expresa en la fantasía de la cloaca.** En trabajos anteriores (1, 16, 17) describimos los ingredientes fantasmáticos de la mezcla cloacal, que en último término son todos los contenidos “buenos” y “malos” de la niña, proyectados en la madre y reintroyectados en su propio cuerpo, en su vientre y sistema genital interno

sobre todo.

Ahora bien, en virtud de la fuerza con que se realiza esta doble identificación, proyectiva e introyectiva, self y objeto se confunden, concretamente el vientre propio y el de la madre. Hay pues confusión de contenidos y de continente.

También en esos trabajos nos referimos a la configuración especial que toma la defensa hipocondríaca en la mujer, al enquistamiento del entrevero cloacal. El resultado es un esquema corporal habitado por un “quiste hipocondríaco”. Aunque el ámbito “per se” del mismo es el vientre,^{*} debido a desplazamientos obsesivos e histéricos, el quiste resulta errático y puede estar en cualquier parte, como bulto en las piernas, como tumor en la cabeza, o extenderse a la totalidad del cuerpo que deviene un Cuerpo-quiste.

II. LA TESIS

Introducción

“La neurosis obsesiva es una tentativa de curar las condiciones psicóticas subyacentes.” [M. Klein (11).]

La situación a la que me voy a referir en este trabajo es la que he observado en casos en que un estado psicótico es confinado en el cuerpo (supuesto 4) y a como entonces los mecanismos obsesivos adquieren **modalidades especiales que** corresponden a la peculiaridad de la fantasía inconsciente de enfermedad.

En términos generales esta relación de lo obsesivo con lo enfermo ubicado en el cuerpo, es formulada explícitamente por M. Klein en “El psicoanálisis de niños”: “La ansiedad perteneciente a las primeras situaciones de peligro está, creo, íntimamente asociada con los comienzos de las obsesiones y de las neurosis obsesivas. Se relaciona con múltiples daños y actos de destrucción realizados dentro del cuerpo, y por lo tanto es adentro del cuerpo que tiene que hacerse la restauración”.

En su *génesis* pues, los actos obsesivos surgen para manejar la ansiedad de las fantasías primitivas, que como dice nuevamente aquí M. Klein, son fantasías en que las relaciones objetales están “corporificadas” y por *lo tanto*,

* En todo el trabajo voy a usar el término vientre para referirme al ámbito cloacal tal como se da en la fantasía, como cavidad no bien definida, toda comunicada, en que se mezclan, órganos digestivos y sexuales, alimentos, productos de eliminación y bebés, y dotada de un orificio común de evacuación.

inicialmente, el objetivo de la defensa obsesiva es también el cuerpo, allí está lo que hay que combatir o arreglar.

Teniendo en cuenta este vínculo inicial, me pregunto si cuando en la evolución posterior el Yo se defiende con mecanismos obsesivos, aunque el conflicto sea *con un objeto* externo, me pregunto, repito, si no hay siempre implicada una fantasía en que el cuerpo y sus contenidos están cuestionados. Creo que la respuesta es afirmativa. Si examinamos la estructura de tal objeto vamos a encontrar partes del cuerpo o vivencias corporales del sujeto proyectadas en él (aparato de influencia).

El campo de observación a que este trabajo corresponde, es una situación particular de esas relaciones generales entre obsesión y angustia hipocondríaca. Lo particular consiste en:

a) se trata de casos en que lo hipocondríaco no es episódico, sino que *son pacientes que* presentan un estado hipocondríaco que subtiende permanentemente la diversidad de sus cuadros clínicos, y al que puede aplicarse lo visto en el supuesto 4; y b) que se trata de pacientes de sexo femenino en que esa defensa presenta en mayor o menor grado, la configuración que hemos descrito en trabajos anteriores como enquistamiento y denominado “quiste hipocondríaco” (supuesto 5).

Las relaciones específicas entre las defensas hipocondríaca y obsesiva

1) La defensa obsesiva refuerza el objetivo de la hipocondría. Sobre el clivaje anormal de la hipocondría, que confina en el cuerpo la parte del self conteniendo el estado confusional, la defensa obsesiva se extiende como una envoltura. Es así que se produce el enquistamiento, por la contribución de variadas defensas (maníaca, obsesiva, histéricas), que aumentan, por así decir, el grosor del revestimiento protector.

En el primer caso en que observé (16) el quiste hipocondríaco, ya había notado y destacado la presencia de una envoltura obsesiva y comprendido, por la dificultad que del punto de vista de la técnica tuve para atravesarla, su función de capa aisladora respecto a la alienación ubicada en el esquema cor-

poral. Desde entonces he podido observar con mucha más precisión cómo se realiza este trabajo conjunto de hipocondría y obsesión.

2) En caso de debilitamiento del clivaje hipocondríaco, el Yo intensifica la defensa obsesiva para controlar lo que amenaza con invadir todo el self (esto no es más que un derivado del punto anterior).

El debilitamiento puede ocurrir por obra del trabajo analítico que “adelgaza”, “perfora”, “desgarra” la defensa. En una sesión en que una paciente se queja porque el análisis le “está sacando todo para afuera” y que por eso pensó que lo mejor sería encerrarse en su casa hasta que esto termine, me comunica la emergencia de nuevos síntomas obsesivos: lavado de manos y defecación compulsivos.

Delante de mis ojos el Yo de esta paciente acababa de poner en marcha la defensa obsesiva, emitiendo nuevos rituales, ante el peligro de que **le sacara todo para afuera**, movimiento exactamente contrario al de la defensa hipocondríaca, encerrar adentro de su cuerpo, o alguna de sus partes, lo temido. Confinarse en la casa es la retirada de la defensa debilitada hacia otro frente, la casa, como envoltura también del esquema corporal.

En general, toda situación que implique, de algún modo, una apertura del cuerpo y un movimiento hacia afuera del mismo, es vivida por estas pacientes como debilitamiento, ruptura, de la pared protectora de quiste. Esta fantasía está presente y puede ser la más operante en algunos momentos, en la conflictiva alrededor de una intervención quirúrgica, o de procesos naturales como la menstruación, orgasmo, parto y, por desplazamiento, extenderse a situaciones como, por ejemplo, la de dar un examen (volveré expresamente sobre este último punto).

En *todos* estos casos he visto un señalado aumento de la defensa obsesiva.

3) Por la alianza con la hipocondría, la defensa obsesiva y su finalidad propia, el control del objeto, adquieren una modalidad especial: se trata ahora de controlar de un modo muy concreto el cuerpo mismo, lo que ocurre adentro y lo que sale afuera de él. También en la finalidad pseudo reparativa de los actos obsesivos, en su intento de restitución, aparece ese carácter: la reparación es intentada a través de la restauración del cuerpo

mismo (cirugía estética, etc.).

Para mostrar esta imbricada relación de defensas en operación, voy a partir de lo caracterológico para pasar luego a los mecanismos.

Duda obsesiva y confusión hipocondríaca

La angustia denuncia que la defensa ha sido sólo parcialmente exitosa, le acarrea al Yo una relación conflictual con el cuerpo, presidida por una fantasía más o menos delirante sobre él y acompañada de angustia confusional. El cuerpo es ahora lo confuso.

La confusión sobre sus contenidos lleva a una actitud de incertidumbre respecto a él: **la confusión deviene así, del punto de vista caracterológico, duda.**

M. Klein (12) encara el problema de la incertidumbre en términos de relación objetal y la explica por la confusión respecto al objeto.

Para el Yo obsesivo, el cuerpo es un extraño sospechoso —parte alienada del self—, objeto permanente de su recelo. Las pacientes hablan de él, como si se tratara de algo ajeno a sí mismas cuyo contenido inspira desconfianza, creen que hay allí algo que está mal, que habría que radiografiar. Luego esta duda se difunde a todo, Ester *exclama*: “tengo dudas por todo, si lo que tengo es menstruación o aborto, si ir a clase o no!”.

La duda sobre sí mismo —concretamente sobre el propio cuerpo— se vuelve por proyección, una actitud frente al otro.

Así el analista es escudriñado en su apariencia física y por extensión en su vestimenta y habitación. Esta situación se intensifica por la confusión de self y objeto a que ya hice referencia. El paciente pone tan masivamente aspectos de su cuerpo en el analista, que dudar de él es igual a dudar de si *mismo*.

Detrás de una duda, más externa del punto de vista del cuerpo o más elaborada del punto de vista de la evolución, sobre la identidad sexual, hay una duda con sus raíces en la confusión cloacal, que se trata de anular. Como ya hemos descrito (1), el pene fantasma surgiría en la hipocondría femenina justamente como negación del quiste y con función de “baluarte” respecto a él.

Por eso, en el proceso de estos análisis observé que la claudicación del pene fantasma se acompaña de un verse, viéndome, mujer sucia, es decir hay

un reencuentro con la cloaca. Primero puesta en mí, más precisamente en el pecho analítico —“toilet breast”, según la feliz expresión que usa D. Meltzer—, depósito de la evacuación-proyección, y luego, reintroyectado en ellas, en forma de contenidos negros réplica de los pechos cloacales.

Mecanismos obsesivos y clivaje hipocondríaco

Veamos ahora como el Yo receloso del obsesivo, despliega tácticas diversas en relación a ese cuerpo con el que no tiene otro remedio que convivir.

Lo que he podido, o sabido, ver en mi material, es sobre todo la **actividad de control del objeto** —aquí, control del cuerpo— que es la finalidad general de la defensa obsesiva y el fin al que, por lo tanto, tienden cada uno de sus mecanismos. Con todo, en algún momento señalaré la acción particular de algunos de ellos.

Consideremos brevemente, primero, por qué **este control es reiterativo**. Freud (5), al describir la necesidad de repetición que caracteriza a los actos obsesivos, dice que es “un intento de desvanecer la inseguridad sobre las medidas de protección”. En efecto, en la medida que el Yo *no* dispone de la omnipotencia maniaca, tiene que repetir como para elevar a la más alta potencia el valor limitado de un solo acto.

La repetición, en la situación particular de la hipocondría, me parece que corresponde a la fantasía de crear un “dique”, barrera espacio-temporal (un acto al lado del otro, uno después del otro) para no dejar ninguna brecha por donde se escapen los productos corporales, equivalentes de los objetos internos que quiere mantener dentro de los límites del cuerpo.

En la situación analítica, la conocida defensa de crear con el material una barrera que impida el diálogo analítico, responde en estos casos, sobre *todo* a esa *fantasía*.

Control obsesivo del cuerpo

Para facilitar la exposición, voy a tratar por separado:

- 1) el control de la superficie del cuerpo; 2) el de la parte interna; y 3) el de los

orificios corporales.

En los tres casos, una de las formas que toma el control es la de auto-observación. Como se ha señalado, la auto-observación obsesiva del hipocondríaco está dirigida a controlar el sadismo, y también, agrega Rosenfeld, la confusión. Es un intento —vano por eso repetido— de discriminar por medio de los ojos.

1) **Control de la superficie corporal.**

Implica a veces una fantasía del cuerpo como un receptáculo cerrado (bolsa, forro, cofre-fort), pero cuya Superficie se vuelve *inquietante*, a pesar de todo, por la difusión de lo de adentro hacia la cara externa del cuerpo.

Está operando el mecanismo de desplazamiento, y en este ligar los afectos correspondientes a lo profundo (del cuerpo), a lo superficial (la piel, etc.), tenemos una modalidad especial (punto 3 de la tesis) del típico desplazamiento obsesivo a lo insignificante o pequeño. Así los puntos negros, vellos, barritos, etc., pasan a ser objeto de una atención obsesiva —observación y manipulaciones— al servicio de la angustia hipocondríaca.

Incluyo en este control de la superficie del cuerpo, la actitud obsesiva que estas pacientes tienen en relación a la vestimenta, capa más externa del esquema corporal. Es de observación común que hay mujeres que “consultan” muchas modistas, como consultan muchos médicos, o que “viven en la modista” como “viven en el médico”. En un caso, no en análisis, empleaba dos modistas: una para hacer los vestidos, la otra para deshacerlos. El tratamiento obsesivo del vestido está subtendido y explicado por una “hipocondría de la vestimenta” (4).

En el trabajo ya mencionado (1), describimos otro proceso por el cual la cara externa se vuelve sospechosa. Es como si el “quiste” hubiera sido dado vuelta, “como un guante”, coincidiendo entonces con la envoltura corporal. La superficie ya no cubre, descubre.

Esto también ocurre debido a otra fantasía, la de que a pesar del esfuerzo de las defensas para confinar lo temido, esto pueda subir y emerger a la superficie y por eso ésta es escudriñada continuamente.

Hay una contaminación de la envoltura por lo de adentro, y esto obliga a Yo a extender el área de control.

Mirarse en el espejo es el acto obsesivo que mejor expresa la necesidad de controlar la superficie. “Fui a mirarme al espejo, pensé que iba a quedarme así, me siento un monstruo.” Voy a transcribir el sueño que en el material de una sesión Precedió a este comentario y que, aunque estaba aparentemente referido a otra cosa, es una asociación al sueño y se explica por él.

“Tuve otro sueño en que ahogaba a alguien en una piscina, lo sacaba luego todo hinchado porque había tragado mucha agua, tenía el aspecto de una foca. Luego lo ponía en un sofá debajo de un almohadón, era como un forro que contuviera líquido, líquido oscuro, sangre, y yo esperaba que se disolviera.

En un momento levantaba el almohadón para ver eso y estaba arrugado e informe. Lo que deseaba era que se disolviera pronto.” Recuerda entonces que “lo que sacaba del agua eran dos personas, con muchísima fuerza, una con cada brazo y lo que yo había matado se volvía como un animal y luego irreconocible”.

Un mismo acto y palabra, **ahogar**, condensa el crimen y la defensa: los ataques al objeto y la defensa hipocondríaca, sumergir en la piscina del cuerpo (negación de lo sucio). Tenía el aspecto de una foca (hinchada y muerta): es la madre, su vientre y contenidos dañados y muertos, y por reintroyección de tal objeto en su propio vientre, es su propio embarazo del objeto dañado y muerto. Lo ponía debajo de un almohadón, era un forro que contenía un líquido oscuro: el cuerpo tratado como algo impersonal en donde el quiste es ubicado y escondido, y que ahora contiene sustancias corporales, los representantes finales o equivalentes corporales de los objetos internos a través de las reducciones varias.

Levantaba para ver: control en que se utiliza la escoptofilia en forma obsesiva. Sacaba con mucha fuerza dos personas: es el esfuerzo y trabajo analítico opuesto a las defensas y en el que se reduce el símbolo a lo simbolizado; se descubren los verdaderos objetos.

Mientras tanto, y porque cree tener esas cosas monstruosas adentro, se

mira en el espejo: los monstruos internos, como los ahogados, pueden subir a la superficie inopinadamente.

2) Control de la parte interna del cuerpo.

El control de ese interior temido es también múltiple en recursos. La observación obsesiva toma, entre otros, el conocido camino de los exámenes médicos a repetición. Es introducir el espejo adentro. El deseo de estas pacientes es que alguien inspeccione el recinto del vientre, entrando en él y no sacando los contenidos afuera (esto sería perder su control).

Veamos esto en un sueño: “De su apartamento veía salir locos.., después la veía a usted parada en la puerta y decían que usted devoraba a los pacientes pero que esto había que mantenerlo en secreto”. El apartamento es el cuerpo, más precisamente el vientre de la madre-analista y de ella misma, en donde está la confusión-locura (los locos) y su raíz, la perturbada relación con el objeto primero (analista-pecho devorador). Dice M. Klein (1): “los sentimientos de confusión son una de las consecuencias de la perturbación de *las relaciones más tempranas con el pecho*”; y más adelante: “cuando el clivaje normal fundamental entre amor y odio y entre objeto bueno y malo no es exitoso, la confusión entre ambos puede surgir. Creo que esta es la base de cualquier otra confusión.

La analista es buscada como Ariadna para que conduzca por ese laberinto tenebroso del mundo interior (¡cuántas vueltas tiene el intestino!), pero es temida también como Minotauro. ¿Es el pecho nutricio o el devorador?

“Esto había que mantenerlo en secreto.” Encerrar en el secreto del cuerpo, hemos visto que es el fin de las defensas en la hipocondría, pero aparece aquí además la intervención del mecanismo de anulación, lo que está oculto no existe, remedo de negación, porque el Yo obsesivo no se engaña respecto a su poder, por eso aunque la paciente en el sueño comentado en la página 437, esconde el forro lleno de líquido, en el sofá, para que se disuelva (intención anulante), levanta el almohadón para mirarlo, controlarlo, porque sabe que está allí.

La ropa, los cabellos, pueden estar provistos con esa significación, como medios para ocultar (anular) el cuerpo temido, o alguna de sus partes. En el

caso del cabello, la nuca, por ejemplo, por un desplazamiento hacia arriba es vivida como el genital. Cortarse los cabellos puede constituir entonces un “acting” expresivo de la caída de la anulación.

La radiografía me parece un expediente muy típico del control del interior del cuerpo. La fantasía es ver, fotografiar el interior del quiste hipocondríaco, pero como éste es errático, la lente lo sigue y tenemos radiografías de la columna, del vientre, de los pulmones, de la boca, etc., pero, en el fondo, el objetivo verdadero del examen es siempre el vientre fantasmático.

La neurosis de examen en estos casos es un desplazamiento de las angustias hipocondríacas. El material indica que lo que se vive en estos casos como el verdadero objeto del examen, es el cuerpo. Como resultado de cierta elaboración de estas angustias, una paciente sueña que yo me hacía cargo de una sala en un hospital y que ella era mi ayudante, bajábamos juntas a dicha sala a examinar a una mujer negra.

Con el analista como Yo auxiliar, se anima a descender a la parte de abajo de su cuerpo, a examinar su parte negra, cloacal.

Además del examen obsesivo, quiero señalar otro tipo de **control de lo de adentro**, que se manifiesta como ingestión y en general introducción en el cuerpo de sustancias destinadas a controlar “lo situ”, los contenidos temidos. He observado en estos casos adicción a pastillas medicamentosas, uso frecuente de óvulos, supositorios, aspirinas, sustancias inyectables, ingestión compulsiva de alimentos.

La fantasía de este control es apaciguar, atacar, anular por medio de estos agentes lo que defensivamente se ha encerrado adentro.

3) **Control de los orificios corporales.**

Las aberturas del cuerpo significan en general para el Yo hipocondríaco una enorme dificultad, es como tener su defensa agujereada, y para el Yo hipocondríaco femenino supone, además, la inclusión de un orificio extra, tan inquietante como el de la vagina. Por esto hay un despliegue de control obsesivo sobre esos orificios y lo que de ellos sale.

Discusión sobre la importancia del ano y lo anal.— Clásicamente la neurosis obsesiva es ligada a lo anal de acuerdo con el criterio de fijación a

etapas muy demarcadas, en este caso la anal sádica. Pero este concepto teórico ha sufrido considerable modificación, M. Klein y su escuela, sobre todo, han mostrado y demostrado que lo que se da es la operancia simultánea de fantasías impulsos y zonas orales, anales y genitales y que, por lo tanto, las etapas evolutivas se definen por el predominio en cada una de un fin diferente en la relación objetal: el de incorporación en la oral, el de expulsión-retención en la anal, el de reproducción en la genital. Así, dice D. Meltzer (14): “la oralidad incluye las relaciones fantaseadas de incorporación de cualquier objeto con todas aquellas partes que puedan intervenir y no tan sólo con el aparato bucal”. La analidad pues, ya de suyo, normalmente comprende mucho más que el ano, este es el primer argumento para una ampliación del concepto de lo anal en la neurosis obsesiva.

Segundo argumento proveniente de lo patológico. La confusión de impulsos y fantasías orales, anales y genitales a que especialmente se ha referido M. Klein, incluye obviamente confusión de zonas (ges boca o es ano?) y productos.

En la situación confusional a que responde la hipocondría femenina y que se expresa en la fantasía de la cloaca, esa confusión de orificios y productos es señaladísima. En esta fantasía tan importante en el desarrollo psicosexual de la mujer no es lo anal lo fundamental, sino la mezcla de contenidos que pertenecen a todos los estadios. Es natural que lo fecal, vehículo de lo más sucio y agresivo, como representante de los objetos internos más temidos aparezca con frecuencia como segundo término de las alternativas angustiosas: “¿lo que me va a salir de la boca, serán palabras o excrementos?” (angustia ante el examen oral).

Por lo tanto, de acuerdo con lo primero, todo orificio puede ser un ano, es decir, una abertura de salida y de acuerdo con lo segundo, situación patológica de la hipocondría, ningún orificio (ni sus productos) puede ser discriminado, porque cada uno está confundido con el ano, la abertura común de la fantasía de la cloaca.

El Yo obsesivo monta guardia junto a esas peligrosas aberturas **por las que puede escaparse literalmente el mundo interno.**

Por eso contra la angustia de expulsión, desparrame, de los contenidos del “quiste”, el Yo obsesivo se defiende con un obstinado **cerrar y retener, control por excelencia de los orificios y de los productos corporales.**

El control por el olfato.— La auto-observación es también un medio importantísimo de vigilar los orificios corporales y lo que de ellos sale. Quiero destacar ahora, aparte del control por los ojos, otro, poco mencionado, el control por él olfato.

Freud (5) en un caso de neurosis obsesiva, dice: “Nuestro paciente demostró ser también un olfativo. Durante su infancia conocía a las personas por su olor, como un perro, y las percepciones olfativas tenían para él, todavía actualmente, mayor significación que para los demás”. En este texto, así como en otros (8, 9), lo encara como componente del placer sexual que sucumbe a la represión que impone la civilización, y que reaparece por la regresión.

Creo que lo que hay que agregar es la utilización de este impulso con la finalidad obsesiva de controlar. El Yo obsesivo recibe de los objetos invisibles, el olor, como un mensaje aéreo que trata de descifrar.

El obsesivo desconfía también con la nariz. Las pacientes dudan de la índole del olor que perciben, es perfume, insecticida, etc.

Como dije de la observación visual, repito exactamente del olfateo obsesivo del hipocondríaco, está dirigido a controlar el sadismo (insecticida) y la confusión. Es un intento vano, por eso repetido, de discriminar por el olfato los ingredientes de la mezcla cloacal.

III. DERIVACIONES

Voy a considerar una derivación del tema que tiene que ver con la técnica. Otras dos consecuencias teóricas que planteo como hipótesis, las he incluido entre las conclusiones.

Los dos tiempos de la defensa obsesiva

La defensa obsesiva cuando se edifica sobre una situación hipocondríaca, opera en dos tiempos. Primer tiempo, la reintroyección en el cuerpo es acompañada por un desplazamiento desde el objeto hacia el cuerpo. Segundo tiempo, hay un desplazamiento desde el cuerpo hacia lo no corporal y aquí veo

dos variantes: a) la difusiva, por la que hablar, pagar, etc., son evacuar, menstruar. La paradoja de este movimiento es que estando destinado a alejar del cuerpo y sus contenidos, sin embargo, en cierto modo los extiende; b) la variante intelectualizante, más exitosa como defensa, tiene algo de la defensa del avestruz, donde grita no hay nada, es una intelectualización, o mejor, es la modalidad especial que toma este mecanismo en la hipocondría, nos **lleva a fenómenos vaciados de lo corpóreo**. Lo ilustraré con un sueño.

La aplicación técnica

Creo que lo que conviene técnicamente, es seguir con la interpretación, esos mismos movimientos en dirección opuesta. Los dos tiempos de la interpretación serían entonces: primero, reducción a lo corporal —esto, obviamente ofrece más dificultades en el caso de la variante intelectualizante—; segundo, reducción de lo corporal a objeto interno. Saltear este paso por el cuerpo es, a veces, entrar en el juego defensivo del paciente y dejar intocado su verdadero “baluarte”.

“Mi cuerpo es mi castillo”, dice una paciente, y durante dos o tres sesiones, juntas lo recorremos, me presenta al “bulto” (su quiste). “Yo he pensado siempre que tengo un bulto que camina del intestino al útero porque a veces voy al baño y no puedo defecar, me sale sangre. Una vez tenía el bulto acá” (señala un punto en el vientre). Interpreto su “embarazo” permanente de un bulto sospechoso. Responde con recuerdos de la infancia relacionados con su cuerpo. Y es en la sesión siguiente que trae el sueño en que alude a la técnica. En él se veía teniendo que hacer un curso de postgrado porque había algo que no había aún aprendido. La directora la llevaba a ella y otros estudiantes a un hospital a ver a un paciente, y allí hablaban sobre ese enfermo (cosas referentes al cuerpo), pero nadie hablaba de él mismo, ella protestaba por esa actitud diciendo que se trataba de un ser enfermo y que nadie se acordaba de eso y proponía cambiar el método de trabajo.

Por la secuencia del material en que el sueño se da, por la fantasía del trabajo analítico como un aprender sobre el cuerpo, por los efectos que mencionó en su conducta y que indicaban disminución de las angustias hipocondríacas, y por mi reacción contratransferencial (me sentí muy contenta con mi método y agradecida a ella por confirmármelo), interpreté que me

estaba **recomendando que no fuera a cambiar de método, que** precisamente por haber tenido el coraje de examinar conmigo “lo enfermo” que siente concretamente metido en su cuerpo, es que se sentía mejor; y en cuanto a su protesta: no hay que hablar **del cuerpo, sino del ser** enfermo —que ella misma comentó como repetición de una vieja actitud—, es descubrir una defensa que se está modificando, la intelectualización que interpreté como “escurrir el bulto”.

Entonces habla de la casa de sus padres —adonde le cuesta ir, porque, “es una casa llena de fantasmas”—. Es decir, que porque nos metimos en el castillo-baluarto de su cuerpo (reducción a lo corporal), puede comenzar el viaje hacia las fuentes (reducción a los objetos primeros).

BIBLIOGRAFIA

1. BARANGER, Madeleine y Willy; FERNANDEZ, Aída; GARBARINO, Mercedes F. de; MENDILAHARSU, Sélka A. de y NIETO, Marta— Mecanismos hipocondríacos “normales” en el desarrollo femenino. “Rev. Urug. de Psic.”, VI: It; 1964.
2. BARANGER, Willy.— Fantasía, objetos y estructura psíquica. “Rev. Urug. de Psic.”, 1: 3; 1956.
3. BRILL, A. A.— El sentido del olfato en las neurosis y psicosis. “Rev. Psi. Anal. Arg.”, V: 3; 1948.
4. FENICHEL, Otto.— “Teoría psicoanalítica de las neurosis”. Edit. Nova, Buenos Aires, 1957.
5. FREUD, Sigmund.— “Un caso de neurosis obsesiva. Historia de una neurosis infantil”. O. C., T. XV1.
6. .— “El reconocimiento de lo inconsciente. O. C., T. IX.
7. .— “Introducción al narcismo”. O. C., T. XIV.
8. .— “El malestar en la cultura”. O. C., XIX.
9. .— “Sobre una degradación general de la vida erótica”. O. C., T. XIII.
10. ISAACS, Susan.— “Naturaleza y función de la fantasía”. (Desarrollo en psicoanálisis.) Edit. Hormé. Buenos Aires, 1962.
11. KLEIN, Melanie.— “Relaciones entre neurosis obsesivas y etapas tempranas del Superyo”. (El psicoanálisis de niños.) Asoc. Psi. Anal. Arg., 1948.
12. .— “Envidia y gratitud”. (Las emociones básicas del hombre.) Edit. Nova, Buenos Aires, 1960.
13. MACK BRUNSWICK, Ruth.— Continuación de la historia de una neuro-

- sis infantil de Freud. "Rev. Psi. Anal. Arg.", V: 3; 1948.
14. MELTZER, Donald.— "Significación de los fenómenos hipocondríacos en el método Kleiniano de análisis de niños". Conferencia dictada en Buenos Aires.
 15. .— The differentiation of somatic delusion from hypochondria. "Int. Journ. of Psi.", 45: 2-3; 1964.
 16. NIETO, Marta.— De la histeria a la hipocondría. "Rev. Urug. de Psic.", V. 4, 1963.
 17. .—Fantasía de la cloaca y confusión. "Rev. Urug. de Psic.", VI; 1964.
 18. ROSENFELD, Herbert.— Algunas consideraciones sobre la psicopatología de los estados hipocondríacos. "Rev. Urug. de Psic.", V. 4; 1963.
 19. .— Nota sobre la psicopatología de los estados confusionales en esquizofrenias crónicas. "Rev. Urug. de Psic.", 2: 4; 1958.
 20. SEGAL, Hanna y MELTZER, Donald.— Narrative of a child analysis. "Int. Journ. of Psi.", 44: 4; 1963.