

## La hipocondría: un drama en forma de preguntas

Prof. Dra. María Lucrecia Rovaletti\*

### RESUMEN

Se ha discutido mucho sobre la unidad y pluralidad de la hipocondría y aún de su naturaleza psicótica ó neurótica. ¿Se trata de un síntoma o de un síndrome, de una entidad o de una estructura? Aunque los inventarios puramente descriptivos hayan renunciado a darle un lugar preciso, la hipocondría constituye un fenómeno corriente en la clínica que se caracteriza por esa forma típica de *enunciar* el sufrimiento corporal, significante de todo aquello cuya carencia deplora. A pesar de su preocupación excesiva por la condición del cuerpo (*Körper*), la hipocondría es incapaz de resolver el problema de su relación con el propio cuerpo (*Leib*), al que considera víctima inocente de un mal que debe quedar exterior, a distancia, que no puede ser soportado pero tampoco eliminado y al que es preciso identificar médicamente y curar. Esta llamada al saber del médico, debe ponerse en relación con la impotencia del hipocondríaco a decir su mal y la resistencia del lenguaje corporal para describir el sufrimiento. La hipocondría es un *drama en forma de preguntas*, a través de las cuales diseña una arquitectura de su cuerpo. El paciente, narrador incansable y repetitivo de las desventuras de sus órganos y de las aventuras de sus historias médicas, busca a través de esa trama reemplazar el vacío del cuerpo y animarlo.

**Palabras clave:** hipocondría, psicosis, neurosis.

### ABSTRACT

There have been long debates about the unity or plurality of hypochondria, and also about its psychotic or neurotic nature. Is it a symptom or a syndrome, an entity or and structure? Even when the purely descriptive inventories have failed to give it a precise place, hypochondria is a typical way of *uttering* corporal suffering, a symbol of all what is missing and so causes suffering. In spite of an excessive concern about the condition of the body (*Körper*), hypochondria is unable to fix of the relationship with that same body (*Leib*), conceived as an innocent victim of a certain evil outside, distant, which cannot be borne nor removed but which must be medically identified and healed. This call to medical knowledge has to be related to the impotence of the hypochondriac to express his condition and the opposition of corporal language to describe such suffering. Hypochondria is a *drama made of questions* through which man designs an architecture of his body. The patient, a tireless and repetitive narrator of the misadventures of his organs and of the adventures of his medical records, seeks to replace through such entanglement the emptiness of his body and animate it.

**Key words:** Hypochondria, psychosis, neurosis.

**S**i la cuestión del Ser aparece en el *¿Qué tengo?*, el fracaso de la respuesta testimonia la imposibilidad de ser reducido a aquello que parece ser preguntado. La interrogación del hipocondríaco lleva por supuesto a la identidad, pero la respuesta es tan intolerable como la incertidumbre. Si el hipocondríaco es impotente para responder a la pregunta de la identidad, si se vuelve a otro para obtener esta respuesta, no le es posible reconocer el poder de ese otro (Pedinielli).<sup>1</sup>

\* Prof. Emérita de la Universidad de Buenos Aires, investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Argentina.

Correspondencia: Dra. María Lucrecia Rovaletti. Correos electrónicos: mlrova@arnet.com.ar; mlrova@psi.uba.ar; mlrova@conicet.gov.ar

Recibido: 26 de agosto 2011. Aceptado: 17 de marzo 2012

Este artículo debe citarse como: Rovaletti ML. La hipocondría: un drama en forma de preguntas. Rev Latinoam de Psiquiatría 2012;11(2):52-59.

### Un fenómeno corriente

Aunque el estatus nosográfico y la psicopatología de la hipocondría se presentan desde tiempo incierto y tiendan a desaparecer de los textos y teorías, constituyen un fenómeno corriente en la clínica. Se ha discutido mucho sobre la unidad y pluralidad de la hipocondría. Es habitual describir muchas formas de hipocondría: menor (neurótica), mayor (psicótica); paranoica, por ejemplo del tipo cenestopático, delirante (pero excluyendo los delirios somáticos con Meltzer) o delirios depresivos-melancólicos. En estos últimos casos, todas las características descritas por la

semiología clásica de los delirios se encuentran allí de una manera a menudo indecible: ilusión, interpretación, imaginación, alucinación. De esta manera, la hipocondría nos plantea problemas psicopatológicos desde diversos planos: el de la percepción, de la sensación, de la creencia y de los modos de organización del psiquismo.

¿Se trata de un síntoma o de un síndrome, de una entidad o de una estructura? ¿Se puede hablar de neurosis o de psicosis, de un modo de organización global o parcial de la personalidad? ¿Se relaciona con una temática más o menos contingente de obsesión, de depresión, de delirio, de una posición, de respuesta a una pérdida narcisista o una pérdida de objeto, de una enfermedad somática aún no confesada e identificada pero presentada o inducida psíquicamente? ¿Se puede considerar como una forma cultural de la queja, de la enfermedad o del malestar del sufrimiento psíquico, y en este caso, habría que ver allí una demanda de ayuda psicológica que no se confiesa o se niega como tal?<sup>2, 3, 4</sup>

Esto permite comprender porque los inventarios puramente descriptivos, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV- TR), que no toman en cuenta el funcionamiento psíquico y relacional, hayan renunciado a dar un lugar a la hipocondría y a estos síntomas los hayan ubicado en la categoría general de “problemas somatomorfos”.<sup>5, 6</sup>

Sin embargo, detrás de la variada sintomatología hipocondríaca se aísla un grupo bastante homogéneo de enfermos que, con sus lamentaciones relativamente realistas pero terriblemente repetitivas, se distinguen ya de la reacción neurótica fóbica-ansiosa en el tema corporal, ya de la queja claramente psicótica del melancólico y del esquizofrénico.<sup>7, 8</sup>

Lo importante en la hipocondría no es tanto el estatus del enfermo (los beneficios secundarios, la exención social, la irresponsabilidad, el derecho a ser cuidado, como en la sinistrosis), sino el sobreinversión de las sensaciones corporales imputadas exclusivamente a desórdenes somáticos de los cuales el sujeto se siente víctima.<sup>9</sup>

En efecto, lo que caracteriza al hipocondríaco es esa forma típica de *enunciar el sufrimiento*, en tanto “estimación peyorativa del estado de integridad o de salud del cuerpo”<sup>10</sup>, de un cuerpo que sólo es vivido como posibilidad de eventos patológicos, a menudo catastróficos e incontrovertibles. Por eso es un tipo de paciente que se inquieta permanentemente ante la *certeza* de un futuro ataque al órgano, mientras se muestra indiferente ante el

advenimiento o existencia de trastornos reales. Aunque tiene una relación privilegiada y dominante con su cuerpo, vive en constante *cuestionamiento* hacia él porque *le demanda* una respuesta (“qué tengo”), pero también *lo demanda* por esa amenaza siempre presente. Nadie niega que en el cuerpo existan potencialidades negativas, pero éstas no siempre se desarrollan, y si lo hacen, no bloquean la disponibilidad y la capacidad de fruición vital.<sup>11</sup> Sin embargo, esto deja de ser obvio para el hipocondríaco que vive auto-observándose y descifrando sus síntomas mientras restringe la atención y la participación respecto de los otros, por ello todo encuentro intersubjetivo queda limitado y a veces se vuelve imposible: a lo más, el otro acaba siendo testigo impotente y víctima secundaria del martirio que él se inflige.<sup>12</sup>

Nos preguntamos entonces cuáles son las condiciones de posibilidad de la *experiencia hipocondríaca* en tanto modalidad de la existencia que no guarda apertura sino a la percepción de las sensaciones anormales y a la demanda correlativa del diagnóstico y tratamiento.<sup>13, 14</sup>

### La ambigüedad del cuerpo: entre ser mi cuerpo y tener un cuerpo

El cuerpo constituye la experiencia más profunda y al mismo tiempo la más ambigua: está presente y es al mismo tiempo silenciosa, es sujeto (*yo soy mi cuerpo, Ich bin mein Leib*) y objeto de la percepción (*tengo un cuerpo, Ich habe einen Körper*). *El cuerpo que soy* (cuerpo propio, cuerpo vivido) y con el cual soy todo uno, implica una relación pre-lógica entre el sujeto y su cuerpo, que se vive (*er-lebt*) de una manera inmediata en el curso de las percepciones y de los movimientos.<sup>15</sup> *Mi cuerpo* no es *un cuerpo*, uno de tantos objetos-cuerpo, sino que es irreductible y originariamente mío porque es totalmente uno con el sujeto que soy: mi cuerpo está *manchado* de subjetividad.<sup>16</sup>

En ciertas circunstancias, el cuerpo (*Leib*) se revela fuera de la oscuridad habitual, y deviene sólidamente presente, como lo muestran algunas situaciones. Así el cuerpo se me revela *positivamente* en el esfuerzo victorioso contra una resistencia, en el reposo después de la fatiga laboral, en la tranquila distensión sobre la arena al sol... en la extinción de la sed luego de una larga marcha, en la caricia y en la culminación ansiada de una relación sexual, etc. En esas circunstancias *soy totalmente mi cuerpo*, “en él” me hago acto completamente, y esto de tal modo, que no consigo

sentimientos de plenitud y seguridad, de distensión y satisfacción si algo rompe ese momento.

Por el contrario, cuando el cuerpo se me revela *negativamente* como obstáculo constriñéndome a arrastrarlo como carga, entonces busco distanciarlo y me refiero "al cuerpo que tengo". Pensemos en los dolores físicos multiformes, en las innumerables somatizaciones de la ansiedad, en la hipocondría, en la despersonalización, en la depresión vital, en la anorexia nerviosa, en el autismo, en la apatía catatónica, en la lentificación psicomotora, en el pánico paralizante, etc. En tales circunstancias, en tales emergencias imprevistas o habituales, temidas o soportadas, el cuerpo se hace *pesado*, limita o bloquea la libertad de mi ser en el mundo, se constituye en diafragma entre yo y las cosas. Ya no se lo siente *a disposición* (*Zur Verfügung*), no me garantiza más la habitualidad, hasta se encierra como en ciertos autismos. A pesar de ello, este *Körper* no puede ser considerado un mero objeto ante el cual me sitúo del mismo modo que frente a las estructuras objetivas del mundo físico.

El "cuerpo anatómico o compaginación somática" (*Körper*) y el "cuerpo vivido y mundanizado" (*Leib*) constituyen dos polos entre los que se mueve la existencia humana. La primera experiencia acentúa sobre todo el momento *reflexivo*, la segunda el momento *prereflexivo* o antepredicativo y constituye la conciencia encarnada en cuanto ser-al-mundo. A esto último se refiere Merleau-Ponty cuando dice que como fuente originaria de significado, como fuente primaria de cualquier *sentido*, el cuerpo "es también lo que me abre al mundo y me pone en situación en él"; no es "un acompañante exterior de la existencia sino que ella se realiza en él", precisamente porque "el cuerpo expresa la existencia total".<sup>17</sup>

El *cuerpo no es objeto* estrictamente sino *aquello gracias a lo cual hay objeto*: cuando toco un objeto, lo siento a través de explorar mi cuerpo. El cuerpo sólo nace como objeto cuando con los órganos de mi cuerpo lo veo, lo toco, lo inspecciono; y sólo parcialmente es objetivable, por cuanto es a la vez percipiente y percibido, observador y observado. Precisamente será la conciencia reflexiva la que instale una primera forma de alteridad de mi cuerpo: éste aparecerá a la intuición externa, según la forma general del objeto percibido exhibiéndose como el aspecto exterior de mi ser, susceptible de una inspección objetiva.

Cuando yo digo "yo tengo un cuerpo", hago referencia al cuerpo objeto; a ese cuerpo que distancio de mí cuando

siento dolor, cansancio, enfermedad, despersonalización hasta la *crematización* (síndrome de Cotard). Es ese cuerpo que sale de su silencio, como señalaba Sartre. Precisamente, esa ruptura del silencio del cuerpo es lo que caracteriza la hipocondría y son las sensaciones portadores de un mensaje funesto las responsables de ello. Pero como se verá, éstas quieren decir algo, nos interrogan desde otro lugar.<sup>18</sup>

Esta *ambigüedad* del cuerpo de la que habla Merleau-Ponty puede trasladarse a la distinción de Gabriel Marcel<sup>19</sup> entre *haber implicativo* y un *haber posesivo*. En el primer caso, puedo decir yo tengo una mano, o que tengo un pie, es un modo de hablar de algo que es *mío*. En cambio, cuando afirmo que tengo una silla, a la que puedo dejar y no usarla más o regalarla o venderla, estoy ante un *haber posesivo*. El cuerpo propio constituye por un lado el encuentro del yo con el mundo, y por otro el punto de unión y referencia que vincula al sujeto al ambiente a través de su base sensible. Este cuerpo propio no es un objeto o un instrumento entre otros, sino que es lo que me permite tener objetos y utilizar instrumentos: siendo una estructura de mediación, el cuerpo no puede ser mediado o utilizado. Por eso toda alteración del cuerpo implica una modificación del sujeto que, en su corporeidad turbada, expresa el desequilibrio tanto de su relación consigo mismo como de las relaciones que lo ligan al mundo a través del *soma* como órgano perceptivo y motor.

La eventualidad de un *mero* cuerpo objetivo es propio de un robot humanoide, ejemplo perfecto del dualismo cartesiano.

### Un poseedor poseído

En la hipocondría, este *haber posesivo* se presenta de modo paradójico, porque la posesión misma implica la posibilidad y la amenaza de la privación. Por una parte, al sobrevalorar desórdenes de escasa significación e imaginar peligros inminentes que nunca llegan a hacerse presentes, deja de lado trastornos somáticos verdaderos. Por otra parte, para evitar todo daño cuida su cuerpo reservándole una solicitud atenta y, sin embargo, sospechosa. Sus prácticas cuidadosas y restrictivas de la vida constituyen más bien estrategias puestas al servicio del control y de la disponibilidad absoluta del cuerpo (Feldman).<sup>20</sup> Este rechazo al riesgo en general, se traduce en la preferencia por las profesiones y los ambientes caracterizados por su estabilidad social y su espíritu conservador.

Les interesa minimizar la pérdida más que optimizar la ganancia, como lo muestra el *complejo de avaricia* reprimido como considera Ferenczi. Precisamente, este autor en una carta de Junio 1910 dirigida a Freud, se refiere al caso de las histerias de angustia hipocondríacas complicadas con pensamientos obsesivos (estadio anal retentivo), que por reacción contra el padre avaro se muestran magnánimos *conscientemente*, pero *inconscientemente* están constreñidos a imitarlo. Todo depende del dinero, y particularmente los gastos de la familia los vuelven enfermos, y en lugar del *empobrecimiento* aparece la idea hipocondríaca de ruina por enfermedad y muerte.<sup>21</sup>

Por eso, su preocupación decisiva no es tanto el temor a la enfermedad sino la pérdida de la salud a la que considera el *valor supremo*. De allí que en su sintomatología se descubra una constante divergencia entre la experiencia de la *fragilidad* y *vulnerabilidad* de su cuerpo, y esa especie de imagen idealizada de la corporeidad *sana*.

Ahora bien, la hipocondría a pesar de sus desvelos por la condición del cuerpo (*Körper*) es incapaz de resolver la dialéctica con el propio cuerpo (*Leib*).

Siguiendo a Seulin<sup>22</sup> y tomando prestado del psicoanálisis el término *sobre-investir*, pero acentuando la intencionalidad en tanto dota a algo de *sentido*, puede decirse que la relación del sujeto con sus síntomas implica un desdoblamiento que opone al sujeto a su propio cuerpo, al que le imputa exclusivamente desórdenes somáticos a los que trata sin éxito de controlar. Mientras sobre-invierte patológicamente el órgano o la función, des-invierte en grado diverso al cuerpo en su conjunto, y de algún modo también al mundo: otorga al cuerpo un *exceso de significación patológica* y con una curiosa operación hace depender todo displacer de un ataque somático.<sup>22</sup> Por eso, no puede aceptar que acontecimientos penosos puedan vincularse con los síntomas, como veremos luego.

Al no poder aceptar *ser* este cuerpo, él decide ahora tratarlo como una *posesión*, posesión que acaba en un fracaso en la medida que el hombre es fundamentalmente su cuerpo y que el cuerpo objetivado no es sino un cuasi objeto, un *objeto subjetivo*, un pseudo objeto.

Si bien el paciente psicósomático y el hipocondríaco rechazan su cuerpo (*Leib*), sus conflictos y sus sufrimientos psíquicos son diferentes. En el primero el cuerpo biológico (*Körper*) está enfermo, mientras que en éste último el cuerpo (*Körper*) sólo es vivido como enfermo y acaba absorbiendo al cuerpo propio (*Leib*).

Que el hipocondríaco considere su cuerpo un haber, *una posesión*, se presenta claramente desde la semiótica.<sup>23</sup> En el lenguaje hipocondríaco, el primer verbo portador de toda la riqueza expresiva es propiamente el verbo *haber*. Esta preeminencia se demuestra en esa frase clave del hipocondríaco "tengo tal mal", "tengo tal enfermedad", y no "estoy enfermo". Y como esta actitud posesiva llega hasta el control omnipotente y la obediencia absoluta del cuerpo, acaba convirtiéndose en su esclavo, intercambiando así la posesión entre poseedor y poseído.<sup>24</sup>

### Los mil y un percances de los órganos

La posesión tiene también una fuerte afinidad con la cantidad y el número. Por una parte, el hipocondríaco se complace con la minuciosa enumeración de sus disturbios, de sus cuidados y de sus médicos, que en un más o en un menos se pliegan a esta visión cuantitativa. Por eso, dirá Calvi,<sup>25</sup> el médico de formación mecanicista-biologista es el espejo del enfermo hipocondríaco, en la medida que la misma actividad médica está impregnada de números—desde las dosis a los horarios, incluso los honorarios—que devienen elementos esenciales de trueque con el hipocondríaco. El médico es, junto con su cuerpo, el otro *partner* privilegiado del hipocondríaco y como su eco.<sup>23</sup>

De este modo, unifica todos los afectos en torno a una monótona tonalidad dolorosa donde se habla del dolor pero no se lo vive. Esta crisis de intencionalidad expresiva prontamente se resuelve contaminado el discurso cotidiano con innumerables tecnicismos, traduciendo con ello ese especial modo que el hipocondríaco tiene de apropiación del discurso médico.

Por otra parte, como un infatigable y prolijo *contador* y *narrador* de los *mil y un percances de sus órganos* busca reemplazar a través de esta *trama* el vacío del cuerpo y animarlo. Precisamente, el término *contar* en su doble acepción significa *enumerar* y *calcular* pero también *narrar*.

Pero "*demasiadas palabras sobre el cuerpo*, equivalen a *demasiados males para el cuerpo*".<sup>1</sup> Esta queja dolorosa traduce la *certidumbre* del padecimiento de una *enfermedad sin nombre* y sin duda innombrable, hasta sin duda intratable<sup>26, 27</sup> y está dirigida a un destinatario (*el saber médico*) ante el cual hay que intentar su reconocimiento. Sin embargo, el médico no es llamado para reparar sino que su rol es el de un idóneo al modo de un experto de arte que identifica una colección y certifica su autenticidad o

el del un escribano que convalida el derecho de posesión y la legitimidad de sus diagnósticos. Por eso, piensa Weber<sup>28</sup> entre el enfermo y el médico, se establece como un “diálogo de sordos”. Esta queja por recurrente e invasiva atemoriza al médico porque lo sitúa ante un sentimiento de impotencia por lo cual ha de reconsiderar su práctica desde una nueva perspectiva.<sup>29</sup>

Al combinar ahora los fenómenos del *tener* y de la *mirada*, su cuerpo deviene un *objeto de colección*:<sup>30</sup> colecciona síntomas, remedios, estudios y hasta médicos pero también necesita en ellos exponerse a los demás. De allí el título del trabajo de Naudin y Cermolacce:<sup>31</sup> ¿El hipocondríaco es un coleccionista de síntomas?

En su forma típica, el coleccionar implica una paradoja: los objetos valen al quedar por lo menos temporariamente fuera del circuito económico y al ser desprovistos de utilidad. Por eso se los expone y se los custodia con atención. No tienen valor de uso sino un notable valor de intercambio.

Como en los objetos de colección, el *significado* reside en un *significante que exige la visión*, de modo que *lo visible* representa *lo invisible*, así también la mirada médica solicitada por el hipocondríaco exige su función visiva, la de un mero espectador que debe confirmar y testimoniar *lo invisible* representado en su cuerpo *enfermo*. Así, el objeto histórico representa al pasado, el objeto exótico a la lejanía, los retratos a aquellos ausentes o desaparecidos, las reliquias a lo sacro.

### Entre el padecimiento y el goce

Este *estilo* hipocondríaco, en el que convive un léxico médico junto a una retórica seductora, se mueve entre la afirmación constante del sufrimiento, la imposibilidad de decirlo y la incapacidad de poder ser comprendido. El órgano enfermo deviene un pretexto para expresar un dolor comunicable y extremo y por ello opera una *atracción* sobre el sujeto. El hipocondríaco habla de un cuerpo enfermo, pero también expresa un goce para el cual parecen faltarle las palabras.

Aunque la apelación al saber médico parezca sostenerse sobre la naturaleza de los síntomas y de la enfermedad, este sujeto carente de avaricia en sus descripciones terminantes y enfáticas es, sin embargo, incapaz de decir verdaderamente la extensión de su mal y sobre todo de decir otra cosa. Por eso, en las continuas metáforas sobre su “enfermedad” el hipocondríaco

traduce una especial arquitectura de su cuerpo (*Leib*), mostrando que aquello de lo que sufre no es del dominio de su cuerpo (*Körper*).<sup>32</sup>

El dolor como testimonio desilusionante de la presencia corporal es la prueba más palpable del rechazo a toda negación del cuerpo. Es la ausencia del cuerpo, que se siente palpar en el corazón de la hipocondría,<sup>23</sup> que muy bien podría sintetizarse en la frase “si sufro, es que existo”, parangonando así a San Agustín (*Si fallor, ergo sum*)<sup>33</sup> y de algún modo a Descartes (*Cogito, ergo sum*).<sup>34</sup>

Precisamente, el interés positivo o negativo por algún aspecto del cuerpo acentúa o renueva aquello que siente aceptable o rechazable. Esta redistribución interna de la vivencia hipocondríaca constituye una serie de estrategias por las cuales las sensaciones dolorosas intentan suplir la deficiencia del cuerpo. La queja reiterada dibuja una serie de escenas en las cuales se establecen relaciones singulares entre órganos, funciones corporales y flujos, entre sus extensiones y sus restricciones, entre las terapéuticas, los médicos y los eventos de esta *aventura* médica en la que acaba convertida la historia clínica.

Al interrogar al médico sobre ese *tener*, el paciente le atribuye a éste un poder de nominación y definición del objeto (el mal) del cual el hipocondríaco sería el (desdichado) portador. Y en caso de gravedad psicótica, el enfermo testimonia la experiencia más arcaica del mal: contagio físico, infección, enfermedad, maleficio mágico, maldición divina, posesión demoníaca, expresiones de una intencionalidad maligna externa pero también consecuencia de la transgresión, la iniquidad y el pecado. En efecto, esta *autoreflexión exasperada*, psicótica, hace que las sensaciones cenestopáticas acaben siendo sentidas como extrañas: el cuerpo no es más *mío* sino deviene objeto del mundo, es víctima de poderes extrínsecos. De este modo, la *dolorosa* región corpórea es reificada como un objeto, transformándose en una región anónima y externa, eliminada de la totalidad de la experiencia vivida. En esta angustiada topografía fantástica, algunos órganos pueden autonomizarse completamente, otros asumen nuevas funciones y otros se anulan completamente.

Aunque el hipocondríaco, especialmente el depresivo vive su cuerpo como pasible de un suceso patológico, incluso ominoso, fraudulento o indemostrable; sin embargo, no llega a configurarse explícitamente como experiencia de la propia muerte como sucede, por ejemplo, en el delirio de Cotard y en el delirio nihilístico, donde se reduce

radicalmente toda posibilidad de abrirse y de proyectarse al mundo. Como muestra Janzarik<sup>35</sup> en el delirio hipocondríaco, la corporeidad llega a ser un *reemplazo de mundo* (*Weltersatz*), absorbiendo cualquier impulso hacia afuera e impidiendo al cuerpo cualquier posibilidad de descubrirse como cuerpo abierto al otro.

### Una ruptura en la trama histórica

La clínica nos muestra que esta patología muy a menudo se presenta en la historia vital con posterioridad a acontecimientos claramente determinables como duelo, pérdida, separación, pero también enfermedad, cambio de status social o pérdida de una función o capacidad, por eso suele acentuarse o aparecer en *edades críticas*, a pesar de lo cual el sujeto no guarda relación con ellos y se produce una ruptura en la trama histórica. Será entonces la etiología médica la que venga en ayuda para *explicar* el padecimiento, para acabar prontamente en fracaso.

Si mi cuerpo es la posibilidad de mi inserción en el porvenir a través de un proyecto, esto se ve dificultado en el hipocondríaco que atenido a un cuerpo enfermo acaba transformándolo en un perseguidor interno y permanente. Vive entonces en función de esta amenaza de destrucción que nunca se cumple, y como no puede asumir el futuro como dimensión humana, trata de fijar el tiempo en un ahora que no cambia y de este modo anula el proceso de historización. La *historia vital* se reduce al pasado médico, al presente del dolor y a un futuro de pronóstico más que reservado.

El dolor psíquico deviene dolor orgánico, siendo ocultado por éste. La hipocondría *toma el lugar* del trabajo de duelo, o para hablar en términos psicopatológicos, de la depresión comprobada o de las manifestaciones ansiosas. Y pese a la frecuente ansiedad y depresión, son renuentes a una psicologización de sus síntomas.

El rechazo de estos eventos y la ruptura de vínculos impiden restituir el acontecimiento en la continuidad de la existencia, a fin de elaborar una relación entre los hechos significativos de la vida y sus consecuencias subjetivas. Esta solución, aunque represente una protección, sin embargo, promueve también la *desvinculación* con los otros. Más aún, esta *auto-defensa* tiene un límite que acaba en el funcionamiento *auto-destructivo*: son formas de angustia que conducen a mecanismos de defensa próximos a la psicosis, que aíslan al sujeto de manera absoluta, cercenando todas sus posibilidades.

Del mismo modo, la negación de los afectos y su *externalización*<sup>36</sup> en el cuerpo orgánico (*Körper*) constituye un sistema de prácticas de resguardo que protegen al sujeto, pero a su vez lo llevan a un proceso regresivo. Como la *externalización* constituye "un mecanismo que está en el centro de la elaboración de la angustia,"<sup>36</sup> el pasaje al lenguaje corporal (*idiom of stree*s) lo constriñe a expresar su ser en roles de impotencia, de debilidad y de somatización para acabar ejercitando sobre los otros una dominación análoga a aquella que ejerce sobre sí mismo. Sin embargo, este recurso al cuerpo, más allá de la regresión formal, testimonia de modo directo la cuota que éste posee en la expresión de los afectos y en la comunicación con los otros.

### El culto a la curabilidad

La vulnerabilidad propia del hombre y la aspiración a encontrar una adecuada defensa en el amor materno o en un poder taumatúrgico se canaliza en un *culto* a la curabilidad. En la mayoría de los casos, el enfermo no pretende que el médico le cubra tal expectativa pues reconoce que la tarea del médico es esencialmente técnico-profesional y confía en él. Por el contrario el paciente hipocondríaco, a pesar de su intento de individualizar detalladamente el sufrimiento, duda de poder ser comprendido en sus disturbios y acaba prontamente hipertrofiando esta veneración. A diferencia de la nosofobia que es el miedo de ser alcanzado por una enfermedad somática, son enfermos que viven en la *certeza indiscutible* de poseer alguna dolencia, rechaza toda tentativa de persuasión pues ello podría implicar el riesgo de la no-enfermedad, algo imposible para quien ha hecho del cuerpo enfermo su único verdadero *partner*.

A pesar de ello, se aferra al médico tratando de captarlo, de dirigirlo y hasta considerarlo como un cómplice y un responsable de su hipocondría. Su presencia continua le es indispensable, no tanto para calmarlo como para darle nuevos alimentos a su ansiedad, justificarla y darle más pretextos.<sup>10</sup> El cuerpo hipocondríaco es un discurso sobre el dolor, el saber y la medicina.<sup>37</sup>

Sin embargo, como contra-cara de esta valorización idealizada, impera un pesimismo contra médicos y psicoterapeutas que no son objetos benéficos, sino *malos-buenos*, no suficientemente disociados, ni diferenciados del *self*: se los valora y se los necesita, pero al mismo tiempo no se puede confiar en ellos.<sup>38</sup> Esto muestra las relaciones primarias dificultosas que han alterado la constitución del objeto, por tanto del *self*<sup>1</sup> en la génesis de la personalidad.

Mientras en el delirio corporal, la escisión del *self* es radical y la parte más dañada—fruto de la proyección—se experimenta como ego-distónica, en la hipocondría, en cambio, sólo se objetiva el cuerpo para cuidarlo, aunque se lo haga desde la preocupación por la enfermedad, claro está que esta modalidad posesiva puede acabar con el riesgo de perderlo.

Como víctima inocente de un mal que debe quedar exterior, al que no puede soportar pero tampoco eliminar, busca entonces identificarlo médicamente. Por eso, esa transferencia idealizada que proyecta sobre la medicina y sobre famosas instituciones de salud. La búsqueda de un médico ideal acaba en realidad en fracaso: si al principio éste es el *sujeto del supuesto saber*, prontamente es reducido la impotencia, es devaluado y hasta odiado. Una forma elocuente de esta situación es esa rivalidad constante con los médicos y esa vivencia persecutoria proporcional al sentimiento de ser incomprendido y descuidado. El órgano o la función enfermo ocupa el lugar del agente perseguidor de la paranoia, y la misma lógica se desplaza más o menos en relación a los médicos.

Por otra parte, la contra-transferencia del médico al enfermo revela una situación ambigua, ya que a pesar de la aparente comunidad de discursos no hablan la misma lengua. Es un paciente que desconfía de médicos mientras se fía de la Medicina: cuanto más se radicaliza el discurso hipocondríaco tanto más habla la Medicina ideal. Por eso, la lógica del discurso hipocondríaco procede según una sucesión de tres tipos de enunciados sucesivos: afirmación, interrogación, negación, como señala Pedinielli.<sup>1</sup>

Esta insistencia en hacer reconocer el sufrimiento y la enfermedad inscriben al discurso hipocondríaco en una retórica particular: un cuerpo (*Leib*) que no dice nada, un discurso que dice demasiado sobre el cuerpo (*Körper*), y una dependencia negada al otro desvalorizado (el médico) pero al mismo tiempo necesaria para nombrar lo que sucede en su cuerpo propio (*Leib*).

Sin embargo, el intercambio entre el hipocondríaco y los médicos descansa en la imposibilidad misma del intercambio. Se trata de persuadir ante todo al interlocutor y receptor que admita el dolor. Ahora el médico es confrontado a un discurso que es a la vez una *argumentación* y un conjunto de técnicas *oratorias*: una *heurística* que descubre la enfermedad y una *hermenéutica* que la interpreta.

El hipocondríaco, proselitista de la medicina científica pero sobre todo temible autodidacta, no se contenta con

interrogar sobre su mal sino que intenta convencer. Si su discurso manifiesto interroga a los médicos sobre un dolor, es decir, sobre eso que toma el lugar del afecto, la interrogación fundamental se situaría en otro nivel: aquel de la instancia médica en tanto *Saber que jamás ha sido encontrado en falta*. Como la demanda a los médicos nunca es satisfecha, se sigue infaliblemente una recusación a este *oráculo* interpelado.

El hipocondríaco tiene el sentimiento de no haber sido comprendido por *este* médico, le retira a todo médico toda competencia en el ejercicio de la medicina. No se trata tanto de una negación de sus capacidades diagnósticas o técnicas como de su posición misma de interlocutor: no es tanto una decepción como una destitución del otro. La queja y el recurso a la Medicina traducen los *impasses* de esta posición.

La hipocondría acaba siendo un *drama en forma de preguntas*, cuyas respuestas terminan siempre en rechazo.

De este modo, el *discurso* hipocondríaco presenta un estilo (*lenguaje del órgano o corporal*), un contenido (*el dolor y el disfuncionamiento de los órganos*), un destinatario (*la Medicina*), pero también una pragmática caracterizada por una sucesión de afirmaciones, interrogaciones y negaciones que le confieren su carácter polémico.<sup>1</sup>

Esta articulación entre afirmación (*certeza de un mal*), interrogación (*¿cual mal?, tal vez innombrable*) y negación (*rechazo al saber médico antes idealizado*) constituyen para Pedinielli<sup>1</sup> “las aporías del discurso hipocondríaco”. En efecto:

La primera concierne a la afirmación reiterada, prolija, de un dolor que el lenguaje es impotente para expresar. La certeza se choca con una falta de palabra: riqueza de las metáforas médicas y escepticismo en relación a las palabras pronunciadas por el médico. En segundo lugar el discurso hipocondríaco fracasa en la comprensión y la nominación de lo que no encaja, si se vuelve hacia el médico, le es imposible admitir la respuesta a su pregunta. Finalmente, el discurso médico y la Medicina, puestos como irrecusables son, en los hechos, destituidos de su lugar por una serie de negaciones.<sup>1</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pedinielli JL. Le discours hypocondrie. Rev Int Psychopatol 1995;20:591-614. Cfr. 609,594,603-604.
2. Basaglia F. Il corpo nell'ipocondria e nella depersonalizzazione: la struttura psicopatologica dell'ipocondria. Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale 1956;(II):159-185.
3. Combe C. Corps, mémoire, hypocondrie. Paris: Dunod, 2010.

4. Brusset B. Actualité de l'hypocondrie. *Santé Mentale*. 2007;117:18-23.
5. Robert M. A propos de l'éprouvé hypocondriaque. *Révue Française de Psychanalyse* 2010; LXXIV(5):1593-1597.
6. Kapsambelis V, Legrand A. Les voies de la somatisation. *Revue Internationale de Psychopathologie* 1995;20:533-558.
7. Deschamps Fr. L'hypocondrie: entre mélancolie et psychose. *Santé Mentale*. 2007; 117: 35-38.
8. Del Pistoia L. L'expérience du corps vécu dans la paranoïa. *L'Évolution Psychiatrique* 2005;70(2):323-332.
9. Brusset B. Psychopathologie de l'existence du corps: l'hypocondrie. *Revue Internationale de Psychopathologie* 1995;20:505-532. Cfr. 526.
10. Ey H. Hypocondrie. En: *Études Psychiatriques*, Paris, Desclée, 1950.
11. Cupa D. Le silence des organes n'est pas la santé... *Révue Française de Psychosomatique*. 2009 ; 36: 87-100.
12. Hazif-Thomas C, Bouche C, Bonvalot T, Thomas P. L'hypocondrie: une plainte sans fin? *Santé Mentale* 2005, 95:30-34.
13. Calvi L. La semántica intenzionale dell' ipocondría e la costituzione trascendentale del corpo propio, *Rivista Generale e dell' Età Evolutiva* (Padova). 1966; Anno IV(1):3-10.
14. Schäfer ML. Phenomenology and hypocondria. En: de König AJJ y Jenner FA (ed.): *Phenomenology and Psychiatry*. Londres: Academic Press, 1982. pp: 217- 244.
15. Rovaletti ML. La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico. En: Rovaletti ML (ed.). *La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1998. Pp : 349-368.
16. Sartre JP. *L'être et le néant*. Paris: Gallimard, 1950.
17. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945. Cfr. 192-193.
18. Fain M. A propos de l'hypocondrie. *Revue Française de Psychosomatique*. 2010;37:177-184.
19. Marcel G. *Journal Méthaphysique*. Paris: Gallimard, 1927.
20. Feldman H. Hypochondrie: Leibbezogenheit-Risikoverhalten-Entwicklungsdynamik (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Psychiatry Series. Band 6. Berlin: Springer, 1972 : pp : 30-34.
21. Chemouni J. De l'hypocondrie aux pathonévroses. L'apport de Ferenczi. *L'Évolution Psychiatrique* 2001;66(1):43-60.
22. Seulin C. Un point de vue sur la dynamique des investissements dans l'hypocondrie. *Révue Française de Psychanalyse* 2010;74(1):217-226.
23. Maurel H. Actualité de l'hypocondrie (Rapport au LXXIII<sup>ème</sup> Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française). Paris:Masson,1975.
24. Tatossian A. Fenomenologia dell' ipocondria. En: Calvi L (comp.). *Antropologia Fenomenologica*. Milano: Franco Angelli Editore, 1981. pp: 135-148.
25. Calvi L. La consistence corporelle chez l'hypocondriaque. En: Lantéri-Laura G (ed.). *Regard, accueil et présence*. (Mélanges en l'honneur de Georges Daumézon). Paris: Privat, 1980.
26. Langlois Fr. L'hypocondrie, une maladie intraitable? *Santé Mentale* 2007;117:45-49.
27. Wintrebert D. L'hypocondrie entre croyance et certitude. *L'Information Psychiatrique* 2009; 85(1):43-49.
28. Weber JC. L'hypocondriaque et ses médecins: un dialogue de sourds? *Santé Mentale* 2007;117:30-34.
29. Lamotte F, Goëb J. L'hypocondrie au fil des siècles. Aspects historique, clinique et thérapeutique. *Annales Médico-Psychologiques* 2006;164(8):703-715.
30. Pomian K. *Théorie général de la collection*. Paris: Payot, 1978.
31. Naudin J, Cermolacce M. L. 'hypocondriaque: un collectionneur de maladies". *Santé Mentale*. 2007;117:24-28.
32. Rovaletti ML: Hipocondría y corporalidad. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2001;XLVII(3):201-208.
33. Agustin de Hipona. *Confesiones*. Madrid: Gredso, 2010.
34. Descartes R. *Discours de la Méthode*, En: *Oeuvres*, Adam C. y Tannery P. Paris, 1967.
35. Janzarick W. Zur klinik ud psychopathologie des hypochondrischen syndroms. *Der Nervenartz* 1959;30:539-545.
36. Lang H. L'angoisse et l'élaboration de l'angoisse dans la névrose, et dans les maladies psychosomatiques et organiques graves. *Psychol Médicale* 1988;20(1):23-27.
37. Rosé D. Jouer 'la carte' de l'hypocondrie. *Rev Int Psychopathologie* 1995;20:575-590.
38. Burloux G. Que veut l'hypocondriaque? *Santé Mentale* 2007;117:40-44.