

Del síntoma a la estructura

MYRIAM ESTHER COTRINO NIETO*

Análítica, Asociación de Psicoanálisis de Bogotá, Colombia



Del síntoma a la estructura

Tanto Freud como Lacan dedican gran parte de su trabajo al diagnóstico estructural sin desconocer los aportes de la psiquiatría clásica, a partir de la cual, cada uno desarrolla su propia clínica. Así, las descripciones y definiciones de Freud permiten ubicar la queja de una paciente cuyo diagnóstico se sitúa entre la paranoia y la histeria (delirio hipocondríaco). Las posteriores teorizaciones de Lacan facilitan la comprensión de las particularidades que caracterizan el delirio paranoide. Esas referencias permiten plantear una clínica diferencial entre neurosis y psicosis, y orientar la cura para dar un lugar a la escucha cuando se recibe a un psicótico.

Palabras clave: delirio, esquizofrenia, hipocondría, histeria, paranoia.

Du symptôme à la structure

Freud et Lacan se sont assez penchés sur le diagnostic structurel sans mésestimer les apports de la psychiatrie clinique, à partir de laquelle ils ont, à son tour, développé sa propre clinique. C'est ainsi que les descriptions et les définitions de Freud permettent de situer la plainte d'une patiente entre paranoïa et hystérie (délire hypocondriaque). Les théorisations de Lacan aident à comprendre les particularités qui caractérisent le délire paranoïaque. Ces références admettent de poser une clinique différentielle entre névrose et psychose, et d'orienter la cure de façon à faire place à l'écoute lorsqu'un psychotique est accueilli au cabinet.

Mots-clés : délire, hypocondrie, hystérie, narcissisme, paranoïa, schizophrénie.

From symptom to structure

Both Freud and Lacan dedicated a large part of their work to structural diagnosis without failing to recognize the contributions made by classical psychiatry, and, from this discipline, each one developed his own clinical practice. Freud's descriptions and definitions allow us to pinpoint a patient's complaint that occupies the boundaries between paranoia and hysteria (hypochondriac delirium), while Lacan's later theorizing facilitates our understanding of the particularities that characterize paranoid delusions. These references allow us to propound a differential clinical practice between neurosis and psychosis and position the cure to create a space in which to listen when the patient is psychotic.

Keywords: delirium, hypochondria, hysteria, paranoia, schizophrenia.

* e-mail: mcotrino@hotmail.com



La clínica psiquiátrica fundamentó parte de la nosografía psicoanalítica de las psicosis por cuanto las clasificaciones de Kraepelin, de Bleuler y otros no fueron ignoradas por Freud. Por su parte, Lacan, no sin tomar distancia, le otorgó un reconocimiento parcial a las descripciones y a los postulados de clínicos como Clérambault y Séglas criticando y haciendo un corte con sus fundamentos organogénéticos y psicogénéticos, para retornar a las clasificaciones elaboradas por Freud y caracterizar con sus propios desarrollos y los de su época los síntomas y las estructuras que definirán su clínica.

Considero importante resaltar que existió un reconocimiento entre estos dos saberes, la psiquiatría y el psicoanálisis, el cual se ha ido desdibujando al punto de que en la actualidad, los principios que fundamentan el proceder de los clínicos de la psiquiatría, en su mayoría, se apoyan en unos criterios básicos con los que definen una conducta, así, si un paciente presenta ideas fijas y persistentes, puede ser diagnosticado como un trastorno de personalidad paranoide, si lo que predomina es un estado depresivo con pérdida de sueño y apetito, se trata como una depresión mayor.

Me refiero a las actuales clasificaciones utilizadas para el diagnóstico de las enfermedades mentales, entre ellas el DSM —Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales—, en sus diferentes ediciones, reediciones y revisiones que, no cuentan con un andamiaje teórico ni clínico consistente y solo remiten a listados que mezclan, de manera indiscriminada, síntomas, comportamientos y variadas descripciones fenomenológicas para orientar, en la mayoría de los casos, el diagnóstico, la indicación y la distribución de medicamentos.

Este proceder, a mi modo de ver, tiene consecuencias; sabemos de los estragos que pueden significar para un paciente, que no lo requiere, el que sea incluido en un programa de hospital día o en una clínica psiquiátrica, y de los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos y antidepresivos. El tiempo que se destinaba en la antigua práctica clínica al establecimiento de un diagnóstico diferencial y a la escucha del paciente, riñe con los afanes de la productividad de los presentes modelos de atención.

El diagnóstico diferencial entre psicosis y neurosis presenta dificultades al clínico. Lacan¹ reconoce particularmente que las psicosis plantean problemas clínicos

1. Véase Jacques Lacan, "Introducción a la cuestión de las psicosis", en *El Seminario. Libro 3. Las psicosis* (Buenos Aires: Paidós, 1984).

y nosográficos y, por supuesto, también de tratamiento. Para él, la sola escucha del fenómeno psicopatológico engaña, un síntoma no define un diagnóstico; será la manera en que este sea presentado, la fuerza que lo constituye y la articulación en la cadena discursiva del paciente, las que dirán de la verdad de la estructura, siendo entonces responsabilidad de quien escucha no desconocerlo al orientar la cura.

La guía que nos propone Lacan es hacer preguntas; preguntar hace parte de la dirección de la cura, dejar hablar al paciente el mayor tiempo posible y seguir el relato al pie de la letra: es el análisis de la relación entre el significante y el sujeto, el que dará cuenta de la articulación del síntoma en la estructura y de su definición misma. Lo opuesto es comprender, con el riesgo de hacerlo demasiado rápido.

En la práctica clínica nos encontramos con casos que nos requieren una y otra vez, bien sea a modo de supervisión o de revisión teórica, con el propósito de aclarar asuntos que han hecho pregunta, como es el caso del que nos ocuparemos en lo que sigue; esto, en relación con una clínica diferencial entre las neurosis y las psicosis, y la presentación discursiva de síntomas de carácter histérico, hipocondríaco u orgánico.

Una paciente se nombra como una enferma de depresión, enfermedad que asocia a algo que la *persigue* y que produce efectos en su cuerpo y su psique. Ella está pendiente de ubicar, clasificar y demostrar que determinados olores y ruidos enferman a los seres humanos, a los niños. Cualquier síntoma confirma y representa un *miedo* que la ha acompañado toda la vida, *miedo a enfermar gravemente*. Por la intensidad de la queja, por lo circunscrito de la misma y por la referencia a ciertas situaciones que la persiguen, hace pensar en una paranoia, pero también en una histeria, por la afectación del cuerpo y por su discurso razonado. Sin embargo, sus síntomas no poseen el talante de alteraciones corporales de tipo conversivo. ¿De qué se trata? ¿A qué tipo de estructura se dirige la cura? Desde el saber de la psiquiatría es diagnosticada y medicada como una paranoia, y como una depresión mayor desde la psicología.

La sintomatología de esta paciente, está asociada a una serie de identificaciones y acontecimientos de su vida: el objeto rehusado por la madre; la sexuación y el destino de algunos animales domésticos hecha por el padre; el onanismo de un hermano mayor; los síntomas físicos y mentales del padre; los castigos físicos que le propinaba una hermana; hechos vividos con gran intensidad y, en su mayoría, sin la mediación de una palabra que viniera del otro o que ella reclamara. Estos sucesos son contados como recuerdos que están ahí, muy presentes.

Sus padecimientos han sido de orden físico y mental. Cuando enferma psíquicamente, las enfermedades orgánicas desaparecen, y cuando lo orgánico es la queja, pasa otro tanto con lo psíquico. Mas, lo que caracteriza a una y otra, haciéndolas una sola enfermedad, es el carácter de gravedad que cada una tendrá en su momento.

En relación con esos padecimientos, se nombra siendo desde su juventud como: *un recipiente que llenaba de una cosa y ahora lo lleno de otra cosa*.

Así, las fantasías de su infancia toman el carácter de alucinaciones; los miedos, el de fobias; los temores de la adolescencia, de estragos sobre el cuerpo, que se tornan irreversibles. Las prácticas sexuales son asociadas a enfermedades de transmisión sexual, y los diferentes encuentros con el otro, se transforman en un efecto de enfermedad orgánica o mental que la llevarán de especialista en especialista. En el transcurso de su vida ha estado buscando las palabras que le permitan dar nombre a las sensaciones molestas e intolerables que vive su cuerpo.

Cuando logra dar el nombre de depresión a su padecer, se presentará como alguien que sufre de depresión, entonces los síntomas que antes la llevaban a diferentes especialistas, viran hacia psiquiatras y psicólogos, con los efectos secundarios de la droga psiquiátrica, de los cuales dirá que la llevarán a sentirse *tan mal como nunca*. Reconoce que aun antes de llegar al especialista en enfermedades mentales, ella había presentido que por ahí se desarrollaría su enfermedad.

También relata cómo en el pasado vivió crisis sin intervención médica alguna, como cuando a partir de la lectura de un artículo de prensa copió para sí su contenido dramático, tomando entonces medidas protectoras con respecto a su entorno, al punto de no recibir comida por un periodo de tiempo, por miedo a ser envenenada.

Luego de descartar el diagnóstico de una paranoia —la paciente no presenta un discurso con abundancia y riqueza delirante, o con formas de discordancia con el lenguaje como neologismos o estribillos, alucinaciones auditivas o palabras que no remiten a significación alguna— algo del orden de la psicosis persiste y hace pregunta, hallando del lado de la esquizofrenia y de las ideas delirantes hipocondríacas, posibles explicaciones al caso.

Si bien, como lo plantea Lacan en su seminario sobre las psicosis², la doctrina freudiana ha privilegiado la paranoia. Freud, no ignoró la esquizofrenia y consideró importante separarla de esta, basando la distinción en: “una diversa localización de la fijación predisponente y un mecanismo distinto de retorno [de lo reprimido] —formación del síntoma—, no obstante tener en común con aquella el carácter básico de la represión propiamente dicha, a saber, el desasimiento libidinal con regresión al yo”³. El autor, da el nombre de parafrenia a lo que hasta entonces había sido llamado por Bleuler esquizofrenia y por Kraepelin demencia precoz, sin descuidar con esta clasificación el vínculo con la paranoia, además de incluir allí a la hebefrenia. Por su parte, Abraham había destacado en la esquizofrenia el alejamiento del mundo exterior, a lo que Freud añadió la represión por desasimiento libidinal, siendo la enfermedad misma

2. Véase Jacques Lacan, *El seminario. Libro 3. Las psicosis* (Buenos Aires: Paidós, 1984).

3. Sigmund Freud, “Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)”, en *Obras completas*, vol. XII (Buenos Aires: Amorrortu, 1976), 70.

un intento de recuperación que, a diferencia de la paranoia, no utiliza la proyección, sino el mecanismo alucinatorio al que él llamó histérico.

En “Introducción del narcisismo”, Freud supone una predisposición a la paranoia y a la esquizofrenia, un punto débil en el desarrollo en el tramo que corresponde entre el autoerotismo, el narcisismo y la homosexualidad. El narcisismo es la etapa en la cual el sujeto toma su propio cuerpo como objeto, entonces si la libido no es dirigida hacia los objetos, sino retirada sobre el yo, surge o bien el delirio de grandeza de la paranoia o bien la hipocondría de la parafrenia. En la histeria también un monto libidinal se muda en intervenciones corporales o en angustia, sin embargo, su efecto no es tan funesto como lo será en las afecciones de tipo psicótico.

Lacan, con la introducción de los tres registros, logra avanzar en la lectura del concepto de narcisismo aportado y elaborado por Freud, entonces puede decir que el deseo en el delirio se sitúa en un plano diferente al del deseo que se hace reconocer en la neurosis⁴. En la neurosis, permanece en el orden simbólico, mientras que en la psicosis, aunque podemos hablar con el paciente, entender sus ideas delirantes en el sentido de que son legibles, a la vez hay algo que las deja en la sin salida porque permanecen en el orden de lo imaginario y excluidas en relación con el Otro.

En el seminario sobre Las psicosis, Lacan se ocupa de la paranoia, no de la esquizofrenia, siendo para él la hipocondría “un término demasiado vago en nuestro vocabulario”⁵, no lo es igual para Freud, quien, como hemos venido ubicando, sí le otorga teóricamente un lugar diferencial, cuando señala variantes en el desenlace de las dos psicosis: en la paranoia la regresión al narcisismo se exteriorizará en el delirio de grandeza, en cambio, en la *dementia praecox* en hipocondría.

Para el caso del presidente Schreber, los síntomas presentados durante el primer desencadenamiento de su enfermedad, son nombrados por Flechsig, su psiquiatra, como un ataque de hipocondría grave. Así, esta aparece como un primer tiempo de la paranoia, que no implica alucinaciones o delirios y que, para este caso, una vez superada, permitirá, por un periodo de ocho años, que el paciente lleve una vida normal. Algunos rasgos hipocondriacos perduraran al desarrollarse la paranoia; las voces que amenazan con la castración le señalan sus vicios onanistas, está, entonces, sometido a la compulsión a pensar a riesgo de que, si lo deja de hacer, Dios creará que se ha vuelto estúpido, temor que no es ajeno en muchos casos en los que el onanismo está asociado al desarrollo de ideas hipocondríacas delirantes, calificadas por Freud como los temores hipocondríacos de los onanistas y que, en nuestra paciente, se remitieron al convencimiento de la pérdida de una parte de su cuerpo, no cualquiera, como consecuencia de haber sido partícipe, durante su infancia, en el onanismo de su hermano, a través de la mirada o de prestarse de manera pasiva como su *partenaire*



4. Véase Lacan, *El seminario*.

Libro 3. *Las psicosis*, 152.

5. *Ibíd.*, 156.

para dichas prácticas, este fue un tormento que la acompañó por varios años. Sus prácticas sexuales luego seguirán estando asociadas a lo que más le molesta del otro, y producirán ideas hipocondriacas que, en apariencia, logran en algunas épocas mantenerse dentro del límite de la neurosis.

Freud caracteriza la hipocondría, por sensaciones corporales penosas y dolorosas, conllevando, para el paciente, el retiro del interés y la libido del mundo exterior para concentrarlo a nivel del órgano. Explica que los parafrénicos, a diferencia de los neuróticos, al retirar la libido de personas y cosas no la sustituyen por otros en su fantasía.

Para el caso de nuestra paciente, la estasis libidinal perduró, los síntomas se quedaron en el cuerpo, no pasaron a una segunda construcción que los explicara, que los elevara a la condición de un fin último, megalomaniaco. Su discurso no remite a un Dios superior como en el delirio paranoide de Schreber, más bien es una mártir: martirizada sin escapatoria, aquello de lo que da fe está ahí y no se puede restaurar ni compartir en el discurso de los otros.

Si bien, no hay un delirio organizado o alucinaciones auditivas que sean escuchadas a la manera de injurias del otro hacia ella, sí estará al tanto de lo que hacen sus vecinos, del horario en que lo hacen y cobrarán para ella un carácter invasivo, penetrando y alterando su cuerpo. Aun, cuando trate de seguir el consejo de su psiquiatra “no les ponga cuidado” ella no puede dejar de tomarlos muy en serio y, más aún, en considerar que ignorarlos sería un atentado contra su integridad física y mental, requiriendo más bien de medidas de protección que, aunque imposibles, no puede dejar de pensar en ellas.

Hasta cierto punto, los síntomas en una histeria no se comportan de manera muy diferente, “una partícula de hipocondría es, por lo general, constitutiva de las otras neurosis”⁶. ¿Qué particulariza para Freud el mecanismo de la formación de la enfermedad y la formación del síntoma en la hipocondría? Una estasis de la libido yoica, esto es, no objetal, que ocasiona una angustia hipocondriaca diferente de la neurótica. La estasis libidinal en el yo es de carácter displacentero, producto de la tensión por acumulación, “Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermaría si a consecuencia de una frustración no puede amar”⁷.

En el texto sobre “Lo inconsciente”⁸, a partir de un caso, Freud realiza una interesante diferenciación entre las neurosis de transferencia —histeria de angustia y de conversión, neurosis obsesiva— y las neurosis narcisistas —esquizofrenia y paranoia—. Estas últimas, son necesarias para poner al alcance de la mano, dice, al enigmático inconsciente.

6. Sigmund Freud, “Introducción del narcisismo”, *Obras completas*, vol. XIV (Buenos Aires: Amorrortu, 1976), 80.

7. *Ibíd.*, 82.

8. Sigmund Freud, “Lo inconsciente”, en *Obras completas*, vol. XIV (Buenos Aires: Amorrortu, 1976), 193.

Se trata de un caso suministrado por Victor Tausk —Viena—. Una enferma es llevada a la clínica después de una pelea con su amado, su queja es expresada del siguiente modo: “Los ojos no están derechos, están torcidos”⁹, y explica que su novio, a quien ve diferente cada vez, es un torcedor de ojos y que ahora ella ve el mundo distinto. Freud destaca que la relación con el órgano se ha constituido en la subrogación del contenido de sus pensamientos. “El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano”¹⁰. La enferma acusa a ese amado también de un sacudón que ha sufrido estando en la iglesia “él ha falseado su posición ella es ahora como él —identificación—, él le ha falseado la posición”¹¹. Freud destaca la presencia de una “inervación corporal”, que en el caso de una histérica habría producido efectivamente que torciera convulsivamente los ojos y, en lugar de la sensación de un sacudón, lo habría ejecutado, a la vez que no habría logrado expresarlo de manera consciente ni exteriorizarlo. Tenemos entonces que el lenguaje hipocondríaco difiere del lenguaje histérico, en la medida en que las palabras son tratadas como cosas.

De manera diferente se comporta el síntoma presentado por Miss Lucy R. en el que resuena el de la paciente de quien nos ocupamos. Ella es remitida también a Freud por un “versado médico” al no poder atribuir el síntoma de la paciente a una afección local. “Había perdido por completo la percepción olfativa, y una o dos sensaciones olfatorias que sentía muy penosas la *perseguían* casi de continuo”¹². A esto se sumaba: fatiga, dolor de cabeza, inapetencia y disminución de rendimiento; fue sana hasta padecer esta afección de la nariz. Freud realiza un examen médico y luego concluye que se trata de una paciente con alucinaciones recurrentes que corresponden a unos síntomas histéricos permanentes.

Supone, entonces, que los síntomas están asociados a una vivencia traumática, que permite explicar que lo subjetivo ahora simbolizaba lo que había sido objetivo en el pasado. Freud no desconoce una facilitación orgánica para la localización del síntoma, que para este caso explica la insólita escogencia del símbolo mnémico del trauma, el olor que la persigue de “pastelillos quemados”. Este será el punto de partida del análisis. Procede interrogando a la paciente a partir de este supuesto y, efectivamente, ubica con precisión en los recuerdos de Miss Lucy el momento en que aparece el olor que luego la perseguirá y que constituye el síntoma. Encuentra el conflicto de los afectos, hecho trauma y, luego, conectado por asociación como símbolo mnémico, a la sensación olfatoria. Continúa la búsqueda de la representación reprimida, sabida y no sabida por Miss Lucy. Su síntoma sufre desplazamientos relacionados con la esencia misma de este y con la transferencia.



9. *Ibíd.*, 194.

10. *Ibíd.*, 195.

11. *Ibíd.*

12. Sigmund Freud, “Estudios sobre la histeria”, *Obras completas*, vol. II (Buenos Aires: Amorrortu, 1976), 124.
Las cursivas son mías.

Con estos dos casos presentados por Freud, vemos cómo en la histeria se cuenta con un cuerpo imaginario atravesado por el significante y con defensas que permiten recurrir a la conversión; en cambio, en la hipocondría, el cuerpo, como real, queda sin el recurso a la fantasía que le permita dirigir su libido a un objeto. Lo reprimido y su retorno, en la primera, tienen una significación, un sentido secreto, en cambio, en la hipocondría no hay secreto.

Freud trabajó el asunto de la dificultad del diagnóstico diferencial entre una histeria, una enfermedad orgánica y una hipocondría, teniendo en cuenta dos aspectos. Por un lado, la manera en que el paciente habla de su queja y, por otro, la respuesta al examen médico. A propósito nos recuerda el caso de la señorita Elisabeth von R., publicado en “Estudios sobre la histeria”, esta paciente es una joven inteligente y psíquicamente normal, quien sobrelleva con espíritu alegre su padecer, con la “*bella indifference* de los histéricos”, llama la atención a Freud lo imprecisas que suenan las indicaciones de la enferma acerca de los caracteres de sus dolores. Señala, en cambio, que el enfermo orgánico que no sufre de los nervios, logra describir con precisión y claridad sus dolores, ubicando incluso las condiciones que los producen. Mientras el paciente que padece de neurastenia,¹³

Que describe sus dolores, impresiona como si estuviera ocupado con un difícil trabajo intelectual, muy superior a sus fuerzas. La expresión de su rostro es tensa y como deformada por el imperio de un afecto penoso; su voz se vuelve chillona, lucha por encontrar las palabras, rechaza cada definición que el médico le propone para sus dolores, aunque más tarde ella resulte indudablemente la adecuada; es evidente, opina que el lenguaje es demasiado pobre para prestarle palabras a sus sensaciones, y estas mismas son algo único, algo novedoso que uno no podría descubrir de manera exhaustiva, y por eso no cesa de ir añadiendo nuevos y nuevos detalles; cuando se ve precisado a interrumpirlos, seguramente lo domina la impresión de no haber logrado hacerse entender por el médico. Esto se debe a que sus dolores han atraído su atención íntegra.¹⁴

Regresando a nuestra paciente, desde muy temprano en su vida, su tarea diaria era decir una y otra vez su padecimiento, añadiendo argumentos, explicaciones, diagnósticos y certificaciones. Anhelaba la noche para dormir con ayuda de los fármacos formulados por la psiquiatría; de tal manera, su deseo de dormir también recuerda la condición de dirigir la libido hacia sí misma. No podía interesarse en credos religiosos ni en grupos que los profesaran, en cambio, de quienes sí solía ocuparse con particular interés y atención, al punto de conocer sus horarios y rutinas era el de aquellos personajes que ocasionaban sus molestias. Personajes estos que le interesan por presentar un rasgo común: son hombres que en su trajín producen los objetos que

13. Para esta época (1893-1895), Freud no había establecido la nosografía en la que ubica la hipocondría como un síntoma de la parafrenia (1911-1914); por este motivo aquí la llamaré neurastenia.

14. Freud, “Estudios sobre la histeria”, 154.

perturban partes de su cuerpo y de su mente, de tal manera, sus relaciones con ellos tienen como ambientación el sufrimiento.

En relación con el examen médico, Freud observa que un enfermo orgánico o un hipocondríaco, al ser estimulado en la zona afectada por el dolor, muestra una expresión de desasosiego o dolor físico, busca la retirada y se sustrae del examen, mientras la señorita Elizabeth von R. mostraba una expresión más de placer que de dolor, emitía sonidos de voluptuosidad y su tronco se arqueaba hacia atrás. Concluye Freud que posiblemente este gesto concordaba con el contenido de los pensamientos escondidos tras la estimulación de las partes del cuerpo asociadas a ellos.

En este sentido Serge André¹⁵, quien también sigue las pistas dadas por Freud respecto a la distinción entre el síntoma de conversión histérica y el síntoma hipocondríaco, destaca que son tres tipos diferentes de discurso y también tres formas distintas de expresiones de relación del cuerpo y del goce. El autor aporta a estas distinciones lo que llama lo esencial, la estructura, precisando que en la hipocondría hay defecto de simbolización: “falta la palabra para designar aquello que del cuerpo escapa a la lengua”¹⁶, y de sexualización: “el sufrimiento hipocondríaco está vinculado al cuerpo real”¹⁷. Otra cosa sucede en la conversión histérica, la cual se destaca más bien por un exceso de simbolización: “el significante aquí se apropia del cuerpo hasta el punto de quitarle su función orgánica”¹⁸ y de sexualización “los órganos o partes del cuerpo apropiados por el síntoma, son llevados a desempeñar un papel de zona erógena al cual no están destinados”¹⁹. De lo que concluye que la hipocondría está situada entre los registros de lo real y lo simbólico, y la histeria entre lo simbólico y lo imaginario.

Una definición de hipocondría de Dubois d’Amiens de 1833 reseñada por Jean Oury se aproxima bastante a la impresión que dejaba nuestra paciente “Monomanía muy clara, que se distingue por una preocupación dominante especial y exclusiva, o por un temor excesivo y continuo a enfermedades extravagantes e imaginarias, o por la íntima convicción de que las enfermedades, reales de verdad, pero siempre imprecisas, sólo pueden terminar de una manera funesta”²⁰. A la *monomanía* habría que agregar, por homofonía y por indicación de Freud, *monotonía*, faltan las palabras y la plasticidad corporal.

Jean Oury desarrolla otras ideas sobre la hipocondría que resuenan para el caso que aquí presentamos, compara la queja hipocondríaca con la melancólica, ubica entonces a las dos como una forma particular de goce, ambas corresponden al orden de la psicosis, dan cuenta de una vuelta libidinal narcisista sobre el propio cuerpo que deja al sujeto sin la posibilidad de recurrir a un significante de referencia que ordene y dé otra dimensión a vivencias primitivas llenas de goce.



15. Véase Serge André, *¿Qué quiere una mujer?* (México: Siglo XXI Editores, 2002), 130.

16. *Ibíd.*, 132.

17. *Ibíd.*

18. *Ibíd.*

19. *Ibíd.*, 132-133.

20. Pierre Kaufmann, *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte Freudiano* (Buenos Aires: Paidós, 1996), 227.

El síntoma hipocondriaco sería entonces un intento de devolver algo de la libido al objeto, la sobredimensión dada a lo perseguidor, a eso que puede llevar a enfermar gravemente, es el mecanismo para contactarse con el otro, pero sin poder salir del círculo vicioso de virar de una enfermedad en otra y en otra; no hay escapatoria es un *callejón sin salida*.

El paciente hipocondriaco puede parecer un neurótico o un paranoide y de esta manera confundir la perspectiva de la cura. Su carácter de esquizofrénico es difícil de precisar. Tal vez, no sin prejuicio, podemos ubicarlo en un estado de mayor alienación, olvidando que puede, incluso, llevar en apariencia una vida normal; sin embargo, ante la oportunidad de dirigir a otro su queja esta se desnudará en su peculiaridad narcisista revelando cómo ha alejado su libido del mundo exterior.

El delirio, no importa cuál, es inaccesible, inamovible, inerte, no accede a la dialéctica, podemos agregar que es como una piedra que cae, es una palabra que, en sí misma, pesa, dirá Lacan, que no puede, como cualquier significado, ser reducida a otra significación, sino que significa en sí misma algo. Y por esta vía de lo que se trata es de lo inefable, de lo indecible, encontrándonos en el registro de lo real.

Freud, bajo este lente, no vislumbra posibilidades de tratamiento psicoanalítico para el hipocondriaco, presumiendo que no hay libido disponible para la transferencia, ni tampoco posibilidad de cura; a diferencia del enfermo orgánico que puede salir de su enfermedad o de los casos de histeria en que el enfermo descifra su síntoma, el hipocondriaco a lo sumo pasará de un cuadro a otro. No logra “gozar de buena salud”, más bien gozará de enfermedad.

Sin embargo, Lacan y otros psicoanalistas consideran un tratamiento posible para la psicosis, un lugar al analista, de secretario, de buen secretario que podrá, tal vez, intervenir a tiempo antes de que se desencadene una crisis, o un paso al acto con unas consecuencias generalmente muy dolorosas para el paciente y el entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDRÉ, SERGE. *¿Qué quiere una mujer?* México: Siglo XXI Editores, 2002.
- FREUD, SIGMUND. “Estudios sobre la histeria”. En *Obras completas*, vol. II. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- FREUD, SIGMUND. “Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)”. En *Obras completas*, vol. XII. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- FREUD, SIGMUND. “Introducción del narcisismo”. En *Obras completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- FREUD, SIGMUND. “Lo inconciente”. En *Obras completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- KAUFMANN, PIERRE. *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1996.

LACAN, JACQUES. "Introducción a la cuestión de las psicosis". En *El seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1984.

LACAN, JACQUES. *El seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1984.



