

***“Una revisión del concepto de
‘hipocondría’ desde una perspectiva
psicoanalítica”***

María Adamo
Sofía García Belmonte

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
-7 de junio 2019-

“Las existencias incoloras sin ocupación ni contenido, en las que por miedo a la vida nunca se sintió la verdadera alegría de vivir, o el hastío y la impotencia de un sibarita que ha hecho de su cuerpo un ídolo, la pedantería, la esclavitud a la existencia material, convierten en hipocondríaco al hombre en la edad en que empieza a sentirse avaro de su vida.”

Walter Wyss
(Citado por Dupuy, S., 1978, pág. 20)

Introducción

Nuestro interés por el tema de la hipocondría surgió a partir del deseo de poder comprender mejor, desde nuestra profesión, las situaciones en que un sujeto experimenta miedo a enfermar o a estar enfermo, al punto que esta “preocupación” se transforma en un “síntoma” que le dificulta la vida. Puede ocurrir que el sujeto, a partir de alguna sensación o alteración perceptible en su cuerpo, o simplemente en base a algo que ve o escucha de su entorno, desarrolle la idea -experimentada con diferentes grados de “certeza”- de que efectivamente está enfermo y sienta angustia frente a esta idea.

Es habitual que uno, como observador, tenga la impresión de que este miedo es injustificado y exagerado. A menudo ocurre que esta situación se reitera, cambiando de representaciones. Así, una persona puede sentir un día miedo a tener cáncer de pulmón, la semana siguiente este miedo desaparece para dar lugar a la convicción de que está a punto de tener un infarto y, tiempo después, esta idea se desvanece, pero surge entonces la inquietud de si la “mancha” que tiene en el pecho no será un melanoma. Uno tiene la impresión de que aquí el miedo o la angustia van “trasladándose” de una representación a otra y casi parecería que el sujeto “necesita” ligar estos afectos con alguna idea. Otras veces, una persona puede experimentar el miedo siempre con la misma representación, en ocasiones con más intensidad y, por momentos, de manera más leve. A su vez, estos cuadros pueden tomar la forma de una mera inquietud, o bien de una angustia más fuerte que lleva al sujeto a consultar al médico y cuyo máximo exponente es, en última instancia, el miedo de tener “algo grave” que lo conduzca a la muerte¹.

Lo descrito hasta aquí coincidiría con lo que se conoce comúnmente como “hipocondría”, término heredado de los tiempos de la medicina hipocrática y que actualmente posee el significado propio de la psiquiatría: la idea de estar enfermo sin estarlo realmente y el miedo o la angustia asociados a esta idea.

Al empezar a estudiar el tema, nos encontramos con el hecho de que, para el psicoanálisis, el término “hipocondría” tiene un significado que no coincide plenamente con el de la psiquiatría. Así, como veremos, ya en los *Estudios*

¹ Dupuy (1978) plantea que la definición más general de hipocondría sería “miedo a morir”, expresión que, a su parecer, denota la esencia del significado de este trastorno.

sobre la histeria, Freud (1895d) advierte que se perjudica la viabilidad de este término por su referencia fija al *“miedo a la enfermedad”* (pág. 266). Para la misma época, afirma que la hipocondría *“demanda como condición previa la existencia de parestesias y de sensaciones corporales penosas”* (1895b [1894], pág. 93). Veinte años más tarde, en *“Introducción del narcisismo”* (1914c), cuestiona la idea de que la diferencia entre hipocondría y enfermedad orgánica radica en que en esta última las sensaciones penosas surgen de una alteración orgánica comprobable, mientras que, en la primera, no. Plantea, en cambio que *“sería enteramente congruente con los marcos de toda nuestra concepción sobre los procesos de la neurosis que nos decidiésemos a decir: La hipocondría ha de tener razón, tampoco en ella han de faltar las alteraciones de órgano”* (pág. 80). Finalmente, en *“Lo inconciente”* (1915e), al hablar sobre el lenguaje esquizofrénico, plantea que éste adquiere un *“sesgo hipocondríaco”* (pág. 195) en la medida en que nace a partir de una sensación somática. Siguiendo esta línea de ideas, Chiozza (1995L) sostiene, en relación a la hipocondría, que *“el concepto psiquiátrico habitual pone el acento en el temor a la enfermedad y en la ausencia de alteración material comprobable, mientras que, para Freud, el ‘rasgo hipocondríaco’ es una disminución del umbral de la sensación somática”* (pág. 195).

Como veremos, este planteo de Freud acerca del rasgo hipocondríaco va de la mano con su afirmación de la existencia de un *“lenguaje de órgano”* (1915e, pág. 195) que nos permite pensar, como señala Chiozza, que cuando el paciente habla de un órgano que siente, es porque ese órgano *“le habla”*. La idea de *“lenguaje de órgano”* o *“lenguaje hipocondríaco”* será retomada y profundizada por Chiozza en sus desarrollos teóricos acerca de la comprensión del significado inconsciente de las enfermedades orgánicas.

Podríamos decir entonces que la psiquiatría pone el acento en la angustia hipocondríaca -referida al cuerpo-, en ausencia de una alteración orgánica comprobable, mientras que el psicoanálisis enfatiza la disminución del umbral de las sensaciones somáticas, a las que considera expresión de un lenguaje de órgano.

Nos preguntamos cómo se vincularían ambas concepciones. ¿Es que el concepto psicoanalítico incluye al que plantea la psiquiatría? ¿Puede presentarse la hipocondría –en el sentido psicoanalítico- sin estar acompañada de angustia? ¿De qué forma la idea de un *“lenguaje de órgano”* nos permitiría ampliar la comprensión de la angustia hipocondríaca que puede sentir una persona?

A continuación, haremos una breve reseña de la historia del concepto de hipocondría e intentaremos sintetizar los desarrollos de Freud y Chiozza respecto del tema. Retomaremos también algunas ideas de Silvia Dupuy, así como algunas cuestiones planteadas por Gustavo Chiozza en diferentes trabajos que, a nuestro parecer, permiten ampliar la comprensión del tema. Creemos que este recorrido nos permitirá echar algo de luz sobre la inquietud que nos movió a escribir este trabajo.

Una breve referencia a la historia del término “hipocondría”

El término hipocondría deriva de “hipocondrio” (del griego *hypokhondrion* de *hypo* “debajo” y *khondros* “cartílago”), que es la región abdominal situada bajo las costillas². Es decir que se trata de un concepto que, en sus orígenes, estuvo ligado al cuerpo. En la época de la medicina hipocrática se creía que esta afección –concebida como un estado de tristeza, melancolía y preocupación por dolencias imaginarias- surgía debido a que los humores³ corporales, trastornados, se acumulaban en el hipocondrio, provocando alteraciones en esa zona que, a su vez, originaban la situación patológica.

Sin embargo, poco a poco fue desdibujándose la relación entre la hipocondría y las alteraciones corporales. Esta afección pasó a considerarse, cada vez más, una alteración de origen psíquico que consistía en un estado de tristeza y preocupación ansiosa concerniente a la salud, con ideas de incurabilidad, tentativas terapéuticas incesantes y abortadas. Es decir que el acento deja de estar puesto en el síndrome visceral y se desplaza sobre la ansiedad, el miedo a la enfermedad y la depresión.

Así, encontramos que el diccionario médico define a la hipocondría como un *“trastorno mental caracterizado por la ansiedad morbosa respecto a la salud propia y por la tendencia a exagerar los sufrimientos reales o imaginarios. Es una forma de melancolía, que no tiene relación alguna con el hipocondrio, como parece indicar su nombre”* (Diccionario Salvat, 1963).

Para la psiquiatría la clasificación de esta afección fue siempre complicada. Se la relacionó con la melancolía y también con la histeria, siendo un rasgo típico en estos enfermos, de penetración y sagacidad extraordinarias, su cólera hacia quien pudiese darles la menor esperanza de curación. Más adelante, se la pasó a incluir dentro del grupo de las enfermedades que perturban la razón, junto con las enfermedades mentales, los trastornos patológicos del comportamiento y los trastornos sensoriales (Bercherie, 1997).

En los antiguos manuales de psiquiatría nos encontramos con descripciones como esta: *“La hipocondría, enfermedad crónica, acompañada de palpitaciones del corazón, de comidas que repiten, de borborigmos y de otros males leves que cambian sin ninguna causa evidente, y que no obstante hacen que el enfermo tema por su vida. (...) Los hipocondríacos tienen por otra parte el espíritu sano, y solo se extravían en cuanto al juicio que les merece su enfermedad. Su alucinación solo gira en torno de su salud, que creen mucho peor de lo que es en realidad, y que ellos debilitan por una atención demasiado escrupulosa a su estado, y por la aflicción a la cual se entregan”* (Bercherie, 1997, pág. 29-30).

² Los principales órganos que se ubican en los hipocondrios son: el hígado y la vesícula biliar, en el hipocondrio derecho y el bazo, en el izquierdo.

³ La teoría de los humores (Hipócrates) sostiene que el cuerpo humano está compuesto de cuatro sustancias líquidas básicas -bilis negra, bilis, flema y sangre- y que, cuando en un individuo éstas se desequilibran, su personalidad y su salud se ven afectadas. Esta teoría se sostuvo hasta mediados del siglo XIX (Martínez Hernández, 2011).

Con el avance de la medicina aumenta el conocimiento acerca de las enfermedades orgánicas y el hipocondríaco aparece cada vez más *“como un ‘enfermo imaginario’, obsesionado por sus trastornos, a la vez ávido de tratamiento e indócil respecto del médico, presa de los charlatanes y pesadilla del profesional íntegro”* (Bercherie, 1997, pág. 37).

Los psiquiatras de fin de siglo XIX repartirán los casos de hipocondría entre las formas fóbico-obsesivas y las formas delirantes paranoicas (Bercherie, 1997, pág. 38). Krafft-Ebing la ubicará dentro del grupo de los fenómenos somáticos de las neurosis, junto con la histeria y la neurastenia, distinguiéndola de las neuropsicosis y de las psicosis propiamente dichas.

Rosenfeld (1964), por su parte, distingue entre los “estados hipocondríacos”, pasajeros, que pueden ser tanto de origen psicótico como neurótico, y la “hipocondría crónica”, cuadro que considera *“una clase no deteriorante de psicosis”*, que a menudo funciona como defensa frente a estados esquizofrénicos o paranoides agudos. Respecto de los estados hipocondríacos, señala que suelen presentarse en las *“fases de reajuste”*, como por ejemplo la adolescencia o la edad media de la vida (pág. 211-212).

Para la psiquiatría actual, la hipocondría se define por *“la preocupación y miedo a tener -o la convicción de padecer- una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos”* (DSM IV, 1995), cuando esta preocupación persiste luego de haber realizado las exploraciones clínicas correspondientes y de haber obtenido las explicaciones médicas adecuadas. Se consigna que, en estos pacientes, sensaciones corporales que son normales, suelen ser interpretadas como anormales y angustiantes. Cuando se presentan ideas que se consideran delirantes, se clasifica a este cuadro como “trastorno delirante de tipo somático”. Como vemos, para la psiquiatría es esencial asegurarse de que el paciente no tenga “verdaderamente” ninguna enfermedad orgánica que justifique sus síntomas y sus temores, antes de hacer el diagnóstico de hipocondría.

La hipocondría en la obra de Freud

El tema de la hipocondría aparece en distintos momentos de la obra freudiana. Desde los primeros escritos, el autor utilizará diferentes términos y expresiones para describirla, como “*angustia referida al cuerpo*”, “*expectativa angustiada referida a la propia salud*” y “*miedo a la enfermedad*”. Posteriormente, abordará el asunto en base a nuevos desarrollos, iluminando otros aspectos y aportando elementos para su descripción (1950a [1887-1902]); 1895b [1894]; 1895d).

En un primer momento, Freud incluye a la hipocondría dentro de los síntomas de la neurosis de angustia, para luego asignarle un lugar propio dentro del grupo de las neurosis actuales, junto con la neurosis de angustia y la neurastenia (1911c [1910]). Estas neurosis se presentaban en forma pura o mixta y podían, al mismo tiempo, participar en la conformación de las psiconeurosis, prestándoles “solicitud somática”. Eran, en palabras de Freud, “*el grano de arena en el centro de la perla*”, pero no podían ser analizadas como las psiconeurosis, ya que carecían de “mecanismo psíquico”. En efecto, el autor las consideraba el resultado de una falta o inadecuación de la excitación sexual, de origen puramente “tóxico”. Luego, a la luz del análisis del caso Schreber, la hipocondría pasará a ser considerada el núcleo de las parafrenias (esquizofrenia y paranoia), así como las otras neurosis actuales lo serán de la histeria y de la neurosis obsesiva.

Freud señala una relación entre la hipocondría y la neurosis obsesiva. Observa que uno de los desenlaces del afecto de reproche -frente a situaciones placenteras de seducción o de agresión sexual- que ha sido reprimido puede ser la mudanza en “*miedo a consecuencias corporales*” (1896b).

La hipocondría queda también relacionada al cuadro de las fobias, en especial las referentes al cuerpo -“fobias hipocondríacas”-, de las que el enfermo se defiende a través de mecanismos obsesivos, denominados “medidas protectoras”, como por ejemplo la manía de cavilar, impidiendo de esta manera el surgimiento de la angustia relacionada a la enfermedad (1895b [1894]).

Asimismo, Freud establecerá una relación entre los síntomas hipocondríacos y los mecanismos de defensa paranoides. La paranoia, entendida como una defensa frente a una representación inconciliable para el yo, trata a esta representación como si proviniera del exterior (mecanismo de proyección). Junto a los casos de paranoia litigante y de alcoholismo, en los que se utiliza la proyección como mecanismo defensivo, Freud ubica al enfermo hipocondríaco quien, evitando aceptar que sus sensaciones de estar gravemente enfermo provienen de su vida sexual, se siente aliviado atribuyendo la causa de su malestar, por ejemplo, a un envenenamiento (1950a [1887-1902]).

Nos resulta importante destacar que, como dijimos en la introducción, ya en los *Estudios sobre la histeria* Freud advierte que se perjudica la viabilidad del término hipocondría por su referencia fija al “*miedo a la enfermedad*” (1895d, pág. 266). Si bien, como explica el autor, se puede reservar “*la antigua designación nosológica de hipocondría*” para una forma de expectativa angustiada, la hipocondría no va siempre acompañada de este afecto; en cambio, son de destacar las sensaciones corporales penosas que constituyen

“su condición previa” (1895b [1894], pág. 93). Entendemos que el autor quiere resaltar que el término es más amplio como para quedar adscripto al miedo y la angustia y que otros componentes, propios de la sensación somática, adquieren predominancia en su definición.

Dentro de esta línea de ideas que Freud desarrolla alrededor del papel de la sensación somática en la hipocondría se encuentra el tema de la atención. Ésta influye sobre los procesos corporales, promoviendo sensaciones y dolores de todo tipo en cualquier parte del cuerpo o, por el contrario, los inhibe si se la desvía. El médico, nos advierte el autor, debería tomar en serio estas sensaciones, que los legos denominan “imaginarias” por no presentar alteraciones orgánicas registrables, ya que dichos dolores no son *“menos reales, ni menos fuertes”* para quien los padece (Freud, S., 1890a, pág.120).

Sin embargo, en ocasiones puede resultar desalentador, inclusive para el médico bien dispuesto, el encuentro con este tipo de pacientes, quienes, atraídos por sus dolores, no logran describirlos ni explicarlos de manera satisfactoria, a pesar del gran esfuerzo intelectual en su intento por encontrar las palabras adecuadas. Esta situación sume tanto al médico como al enfermo en un sentimiento de impotencia e incomunicación, reforzando en el paciente la vivencia de encontrarse solo frente a la incomprensión del objeto del cual se esperaba justamente el auxilio (1895d).

En “Introducción del narcisismo” (1914c), Freud reafirma su postulación sobre la ampliación de la erogeneidad a todas las partes del cuerpo, a la vez que establece una correspondencia entre, por un lado, el aumento o disminución de la erogeneidad en un determinado órgano y, por otro, la distribución de la investidura libidinal dentro del yo. Estas ideas le permiten abordar la comprensión de los trastornos somáticos y de la hipocondría.

Tanto en la enfermedad orgánica como en la hipocondría se presentan sensaciones corporales penosas junto con una sobrecarga libidinal del yo. El hipocondríaco –al igual que el enfermo orgánico- retiraría las cargas de los objetos y del mundo circundante, concentrándolas sobre un determinado órgano⁴. En base a estas ideas, Freud postula, tanto para la hipocondría como para la enfermedad somática, alteraciones de órgano, debido a una “estasis libidinal” que, pasada cierta medida, se vuelve displacentera.

Entendemos que esta “hiperconcentración” en el órgano puede ser vista como la atención excesiva que deposita el paciente hipocondríaco en sus dolencias. Por lo tanto, la forma de sanar sería redistribuyendo la libido en los objetos y en el mundo, en palabras del poeta Heine: *“Enfermo estaba; y ese fue de la creación el motivo: creando convalecí, y en ese esfuerzo sané”* (Freud, S.; pág. 82).

⁴ Posteriormente, Freud afirmará que en la hipocondría *“un órgano atarea al yo sin que para nuestra percepción esté enfermo”* (1916-17 [1915-17]; pág. 381), aludiendo así, a nuestro parecer, al hecho de que “hipocondría” no significa necesariamente ausencia de alteración orgánica.

En “Introducción del narcisismo”, Freud (1914c) describe también el nexo entre el delirio de grandeza de las parafrenias y la hipocondría. Para el autor, así como en las neurosis de transferencia la libido objetual frustrada se retira (introversión) sobre las formaciones de la fantasía, en las parafrenias la libido liberada se retira sobre el yo. El delirio de grandeza procuraría dominar psíquicamente estos volúmenes libres de excitación, así como lo hacen las neurosis de transferencia con la fantasía. Freud plantea que la hipocondría surgiría frente a la frustración a la que se ve expuesta la persona cuando este delirio se deshace y homologa este fenómeno con la emergencia de angustia en las neurosis de transferencia.

Esta relación entre hipocondría y megalomanía puede verse en el caso Schreber (Freud; 1911c [1910]), del cual sólo podremos hacer aquí una breve mención. En este caso, la hipocondría precede al delirio de grandeza: El paciente, a partir de ciertas circunstancias vitales que se le presentaban como una limitación a su propia potencia, se ve aquejado por ideas hipocondríacas, persecutorias y terroríficas que, posteriormente, se encadenan con un delirio de grandeza construido en torno a contenidos relacionados con la creación, la prolongación de la vida y la muerte. A partir del estudio de este caso, Freud afirma que no se puede hablar de una teoría de la paranoia, sin incluir una explicación de los síntomas hipocondríacos, ya que, como dijimos, éstos cumplen en la paranoia el mismo rol que la neurosis de angustia en la histeria.

En los trabajos recién mencionados vemos cómo el autor completa su conocimiento sobre la hipocondría, vinculándola con los mecanismos proyectivos, a la vez que destaca la presencia de sensaciones corporales y alteraciones de órgano y explica el fenómeno de la redistribución de la libido, aplicando un esquema que le permite comprender tanto la hipocondría, como la enfermedad orgánica.

Por último, nos referiremos al planteo de Freud en relación a un tipo de lenguaje que denomina “hipocondríaco” o “de órgano”.

En “Lo inconciente”, Freud (1915e) repara en que muchos de los contenidos del lenguaje propio de los pacientes esquizofrénicos hacen referencia a órganos o inervaciones del cuerpo. Trae el ejemplo de una paciente del Dr. Tausk que, luego de una pelea con su amado, dice *“los ojos no están derechos, están torcidos”*. Esta frase condensaba una serie de pensamientos relacionados al hecho de sentirse engañada por el novio, quien era un *“torcedor de ojos”*, es decir, un simulador. Para Freud, este dicho esquizofrénico sobre los ojos se explica si se lo vincula con el giro lingüístico. El autor concluye que *“la relación con el órgano (con el ojo) se ha constituido en la subrogación de todo el contenido [de sus pensamientos]. El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido **lenguaje de órgano**⁵”* (pág. 195).

Esta misma enferma relata que, en ocasión de estar en una iglesia, le da de repente un sacudón y siente que *“tiene que ponerse de otro modo, como si*

⁵ Destacado en el original. A lo largo del trabajo escribiremos las citas en letra itálica y, cuando haya términos resaltados en el original, los destacaremos en negrita.

alguien la pusiera, como si fuera puesta" (Ibíd.). Este dicho se enlaza con su idea de que el amado ha *"falseado su propia posición"*, una expresión lingüística que significa que ella se ha transformado ahora en alguien ordinario como él. Una vez más, Freud destaca la prevalencia, en la ilación del pensamiento, del elemento que tiene por contenido una sensación somática.

Freud también se ocupa de la relación entre el lenguaje y las sensaciones somáticas en sus historiales de las pacientes histéricas. Analizaremos este punto en el apartado siguiente, al estudiar el desarrollo que hace Chiozza a partir del concepto freudiano de "lenguaje de órgano".

La hipocondría en la obra de Chiozza

En la obra de Chiozza encontramos dos referencias fundamentales al tema de la hipocondría. Por un lado, la referencia a esta afección en el contexto de los desarrollos realizados en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*. Por otro lado, el planteo de un “lenguaje hipocondríaco” o “lenguaje de órgano” que Chiozza retoma de Freud y que profundiza en relación con la comprensión del significado inconsciente de las enfermedades orgánicas. A continuación, procuraremos resumir ambos aspectos y la relación que existe entre ellos.

a. La hipocondría a la luz de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*

Sabemos que en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* Chiozza postula la existencia de una etapa del desarrollo “*en donde el psiquismo adquiriría las cualidades de la libido emanada del funcionamiento hepático durante el período fetal*” (Chiozza, G., 1998, pág. 119). Plantea así una primacía libidinal “hepática”, anterior a la fase oral, que le permite explicar y comprender mejor diferentes fenómenos clínicos, como por ejemplo la envidia, la melancolía y el letargo.

En el contexto de estas ideas, Chiozza (1970a) vincula a la hipocondría con las fantasías inconscientes propias de “lo hepático” y plantea que podemos suponer “*la existencia de componentes hepáticos coparticipando en la configuración de enfermedades distintas, entre las cuales se destacan especialmente la melancolía y la hipocondría*” (pág. 32). El autor destaca que el nombre “hipocondría” señala el lugar del hígado –que en la vida fetal ocupa los dos hipocondrios- y plantea que esta alteración se configuraría a partir de un “protoesquema corporal hepático” correspondiente al estadio hepático de la organización libidinosa, que es anterior a la etapa oral⁶: “*Así como el yo es ‘ante todo’ corporal, el protoesquema corporal sería ‘ante todo’ el producto de la percepción –intensificada por la primacía– del polo hepático-material del yo, y se ‘ubicaría’ en ambos hipocondrios, como el hígado del feto (...)*” (pág. 187).

Además de describir en profundidad las fantasías hepáticas y las observaciones clínicas correspondientes, Chiozza desarrolla un modelo del aparato psíquico que, tomando al feto como paradigma, le permite armonizar dichas observaciones. Gustavo Chiozza (1998) se ocupa de explicitar que este modelo trasciende a la etapa fetal del desarrollo y constituye una metapsicología original que “*permite comprender un gran número de fenómenos con una notable economía de principios*” (pág. 121). Desde este modelo, toda enfermedad puede concebirse como una alteración en la armonía entre idea y materia, es decir como una dificultad para materializar –y duelar- adecuadamente.

⁶ También afirma que “*si en la designación de la melancolía se utiliza desde antiguo una palabra que señala una alteración hepática, es porque el contenido de tal enfermedad mental se halla en relación con ese órgano del soma. Consideraciones semejantes son válidas para la palabra ‘hipocondría’*” (Chiozza, L., 1970a, pág. 148).

Gustavo Chiozza explica que *“siguiendo la idea de que la función hace al órgano, el aparato psíquico, como lo concibe Chiozza, está estructurado en torno a una única función: **materializar ideas**⁷. Tópicamente hablando, estas ideas son, en principio, ajenas al yo, es decir, son no-yo. Tanto los estímulos perturbadores del mundo externo como las formas ideales contenidas en el Ello son, en principio, tramitadas del mismo modo, es decir, como exigencias ideales”* (pág. 121).

Chiozza (1970a) desarrolla este modelo teórico en el capítulo “Ubicación de ‘lo hepático’ en un esquema teórico-estructural”. Allí plantea la existencia de un “yo temprano” que contiene dos “polos”: uno, “visual-ideal”, por donde ingresan los estímulos y otro, “hepático-material”, por donde ingresa el aporte material necesario para poder concretar dichos estímulos. Tal como dijimos, el autor plantea que, en este modelo, *“del equilibrio entre las dos fases dependen distintas vicisitudes del ciclo vital, entre las cuales se encuentra la enfermedad”* (pág. 179).

Explica que, si el estímulo supera la capacidad del yo, ocurre un primer movimiento defensivo que consiste en la escisión del yo, en la cual el fragmento desorganizado por el estímulo pasará a configurar un núcleo que contiene al estímulo ideal, mientras que el yo “coherente” u “organizado” queda, en cambio, identificado con el polo hepático-material⁸. El autor denomina a esta disociación “protomelancolía” y explica que constituye una situación defensiva básica⁹.

Chiozza agrega que un posible desenlace de esta defensa melancólica básica es la identificación maníaca con el ideal del yo. En ese caso, el sentimiento de identidad se “traslada” al polo visual-ideal y entonces se experimenta al polo hepático-material como el perseguidor: *“el núcleo hepático-material –corporal– pasa a ser sentido como un perseguidor que priva a este yo visionario-idealista de la sustancia necesaria para construir sus sueños”* (pág. 186-187). Chiozza sostiene que de esta manera se constituye la hipocondría y agrega que *“la negación de esta persecución hipocondríaca configuraría el autismo y la omnipotencia”* (Ibíd.).

De lo dicho hasta aquí podemos decir entonces que, dentro de este esquema, la hipocondría consiste en una defensa paranoica -se proyecta al perseguidor sobre el propio cuerpo (polo hepático-material)- que también implica o “contiene” una situación maníaca -la identificación con el ideal-. Si trasladamos esto a las vivencias de una persona, es como si el sujeto pensara “yo podría hacer todo, si no fuera que mi cuerpo me limita”. Esta situación maníaca,

⁷ Esta formulación no excluye la idea complementaria -que se encuentra implícita-, de que el aparato también tiene como función idealizar la materia.

⁸ Gustavo Chiozza (1998) destaca que, junto a esta defensa melancólica, existen otras dos: la manía -que consiste en negar al estímulo y a la disociación, de manera que el yo queda mágicamente identificado con un yo ideal- y la paranoia -que consiste en proyectar afuera al yo dañado por el estímulo traumático, convirtiéndolo en perseguidor-. Señala que la defensa melancólica puede comprenderse como *“la evolución de las defensas maníaca y paranoica (a las que, a su vez, ‘contiene’)”* (pág. 124).

⁹ A su vez, Gustavo Chiozza (1998) subraya que esta situación defensiva trasciende la etapa fetal, ya que constituye un modelo que se repite en las distintas fases libidinales.

señala Chiozza, oculta la vivencia originaria de insuficiencia o “castración hepática”¹⁰.

Siguiendo estas ideas, Chiozza plantea que, para poder lograr una adecuada materialización, es necesario realizar un duelo que implica renunciar a la identificación maníaca y “atravesar la vergüenza”, para poder asumir cuáles son las verdaderas capacidades del yo: *“En el momento en que ocurre la integración, desde un estado protomaníaco, con lo hepático-material, ocurre una revitalización que adquiere la representación corporal de la vasodilatación y corresponde al rubor de la vergüenza”* (Ibíd., pág. 187).

Chiozza hace referencia a esta relación entre hipocondría y manía cuando, al analizar el caso de una mujer de 30 años, plantea que las fantasías hipocondríacas de la paciente se originaban por la “vuelta contra el propio organismo” de sentimientos de envidia y celos inconscientes, coartados en su fin, y despertados a partir de una vivencia de frustración que la llevaba a la pérdida de la ilusión de una unión onnipotente con el analista. Y, más adelante, agrega en relación a la misma paciente: *“Los celos y la envidia fueron, pues, sustituidos por un síndrome corporal cuya representación psicológica acompañante era una ansiedad hipocondríaca. Esta ansiedad hipocondríaca estaba antes, durante su negación maníaca, encubierta”* (Chiozza, L., 1964a, pág. 35).

Es decir que las fantasías hipocondríacas aparecen aquí cuando se “deshace” la identificación maníaca con el ideal. Podríamos imaginar un gradiente, en donde existiría una situación de mayor negación, en la que el sujeto se cree onnipotente -en el caso de la paciente, la vivencia de una unión simbiótica con el analista- y, cuando esa onnipotencia se “resquebraja”, un primer movimiento para intentar conservarla podría ser proyectar la impotencia sobre el propio cuerpo —“no soy yo que no puedo, es mi cuerpo que me lo impide”-¹¹.

Esta relación entre hipocondría y manía aparece mencionada también en el análisis del mito de Prometeo que realiza Chiozza. Sabemos que este mito narra la historia de Prometeo, un titán quien, riendo y con una actitud onnipotente, le roba el fuego a los dioses para dárselo a los hombres. Como castigo, es encadenado a una montaña, en donde un águila, día tras día, le devora el hígado, que vuelve a crecer siempre de nuevo, mientras Prometeo se mantiene estoico y arrogante, intentando negar su sufrimiento. El titán es liberado, finalmente, mediante una flecha envenenada que Heracles dispara al corazón del águila.

¹⁰ Chiozza (1970a) explica que la vivencia de sentirse expuesto a una sobrecarga de estímulos visual-ideales frente a la que no se cuenta con suficientes recursos materiales queda bien representada por el trauma del nacimiento, el momento en que el feto deja de recibir los aportes materiales de la madre a través de la sangre y debe enfrentarse con nuevos estímulos, prescindiendo de dichos aportes. En este sentido, vincula el corte del cordón umbilical con esta vivencia de “insuficiencia hepática” a la que se refiere con el nombre de “castración hepática”.

¹¹ Si pensamos al cuerpo como un representante del yo, también podríamos concebir a la hipocondría como una situación melancólica: se proyecta al perseguidor sobre el propio yo. Recordemos que, en definitiva, las tres defensas se relacionan estrechamente, tal como vimos en la nota 8. En cualquier caso, pensamos que la proyección es el mecanismo central de la hipocondría.

En su análisis de este mito, Chiozza (1974b) explica que representa la relación del yo con los ideales que desea materializar. Así, el “tormento hepático” de Prometeo simboliza una *“pasión envenenada hasta el último extremo, que es a la vez hipocondría, melancolía y envidia coartada en su fin”* (pág. 208). El autor explica que en la figura de Prometeo se expresa una actitud maníaca – contenida, por ejemplo, en la forma en que desafía los consejos de sus dioses amigos, más prudentes- que mantiene negados los aspectos hipocondríacos y melancólicos. Plantea que, mientras los contenidos melancólicos quedan más explícitos en el mito –las lágrimas y la hiel que representan su amargura frente al suplicio que debe soportar por no querer renunciar a la posesión del fuego-, los contenidos hipocondríacos permanecen más negados y se expresan en el temor ante el sufrimiento que proviene de los picotazos del águila.

Chiozza (1970a) explica que *“en términos dinámico-estructurales, Prometeo se halla, en su tormento, como puede hallarse el yo coherente (Freud, 1921c) frente a un objeto interno que condensa la representación del yo ideal y del objeto externo que ha sido elegido de una manera narcisista (Freud, 1914c)”* (pág. 101) y agrega que este objeto interno queda representado por el pico del águila. El autor se ocupa de aclarar que, al revés de lo que podríamos pensar a primera vista, no es la pérdida de un objeto externo la que determina la introversión hacia el objeto ideal, sino, al revés, plantea que el mito representa *“el proceso que suele **conducir** hacia la pérdida del objeto externo material, debido a la existencia de un mundo interno constituido por una disociación melancólica preexistente. Prometeo no puede renunciar a sus objetos internos ideales, el fuego de los dioses que lo transforma en profeta, y esto tiende a comprometer cada vez más el vínculo con el objeto externo”* (Ibíd., pág. 102).

Recién cuando se deshace su negación maníaca, explica Chiozza, Prometeo puede adquirir consciencia de su “pasión envenenada”. Esto queda simbolizado por la flecha emponzoñada de Heracles, que representa la envidia que se hace consciente y que le permite a Prometeo “atacar” y “digerir” los contenidos ideales. Este proceso exige la realización de un duelo, que queda representado en el mito por el sacrificio del centauro Quirón, que simboliza *“el doloroso proceso a través del cual los contenidos ideales que no han podido ser totalmente asimilados en el yo, son abandonados junto con los aspectos de ese mismo yo que arrastran consigo”* (pág. 107). Recién ahora, Prometeo puede atemperar “la violencia de su pasión envenenada” y lograr un mejor vínculo con los objetos externos, que son los únicos capaces de lograr calmar sus deseos insatisfechos.

Siguiendo estas ideas, podríamos comprender a la hipocondría como un eslabón que forma parte de las vicisitudes propias del “tormento hepático” y que se encontraría “entre” la manía –identificación ilusoria con el ideal- y la acción de “envidiar”, que permite “atacar” el ideal para materializar los aspectos que se pueda –y duelar los otros-. Como dijimos, esto queda representado en el mito por el miedo y el dolor de Prometeo frente a los picotazos del águila, situación en la que se comienza a deshacer su omnipotencia, pero que es “previa” a la toma de consciencia de sus sentimientos de envidia. También en el caso de la paciente de Chiozza, mencionamos que las ansiedades

hipocondríacas aparecen cuando se deshace su ilusión de una unión omnipotente con el analista y “antes” de poder hacer consciente sus sentimientos de envidia. Es decir que la hipocondría oculta y contiene sentimientos de envidia que permanecen negados, porque implicarían tomar consciencia de las propias limitaciones, atravesando la vergüenza que esto implica y realizando el duelo por aquello que no se puede lograr.

En *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* Chiozza hace también referencia a la relación entre hipocondría y enfermedad somática. Allí plantea que “*cuando la situación hipocondríaca, correspondiente a la protomanía, alcanza un grado de alteración corporal suficiente para ser claramente perceptible, nos encontramos ante la enfermedad somática*” (pág. 188). Explica que, en este sentido, más allá de nuestra capacidad perceptiva, toda hipocondría comporta siempre, tal como sostiene Freud (1914c), una enfermedad somática y, viceversa, toda enfermedad somática implica una situación persecutoria hipocondríaca que permanece negada. Así, lejos de establecer una diferencia tajante entre enfermedad somática e hipocondría, Chiozza plantea más bien la mutua implicancia de ambos fenómenos. Para comprender mejor esta cuestión necesitaremos volver sobre las ideas de este autor en relación al concepto de “lenguaje de órgano”.

b. “Lenguaje de órgano” o “lenguaje hipocondríaco”

El concepto de “lenguaje de órgano” está presente en la obra de Chiozza desde un comienzo. Así, vemos que el autor trae este concepto en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, cuando analiza el significado del hígado en el mito de Prometeo. Allí, vuelve sobre los desarrollos de Freud acerca de la simbolización inconsciente y los símbolos universales y, particularmente, retoma lo que este autor plantea en el historial de Isabel de R. respecto de la relación entre los síntomas histéricos y los giros lingüísticos. Freud sostiene que los giros lingüísticos que hacen referencia al cuerpo deben haber nacido de sensaciones somáticas acordes, que dieron origen a las expresiones verbales correspondientes y que actualmente se encuentran tan debilitadas que estas expresiones nos parecen, hoy, metafóricas. Las pacientes histéricas, al representar dichas sensaciones primitivas a través de sus síntomas, dice Freud, “obran con plena justificación”. Concluye que es posible considerar que la histeria y el lenguaje extraigan, ambos, sus materiales de una misma fuente inconsciente¹².

Chiozza (1970a) plantea que estas afirmaciones nos permiten “*hablar de un ‘lenguaje de órgano’ o ‘lenguaje hipocondríaco’ (Freud, 1915e), cuyo sentido queda descubierto a través de la interpretación psicoanalítica*” (pág. 77). Y cita lo planteado por Freud en “Lo inconsciente”, acerca de que en estos casos “*la*

¹² Años después, al estudiar los giros lingüísticos, Chiozza y colaboradores (1993e [1992]) plantearán que es válido extender las consideraciones de Freud respecto de los giros lingüísticos a todo el lenguaje y pensar que todo él surge asociado a sensaciones somáticas que antiguamente eran conscientes y que se encuentran “*desfiguradas hoy por la represión y por la atemperación de los afectos*” (pág. 116).

relación del contenido con un órgano del soma llega a arrogarse la representación de dicho contenido en su totalidad” (1915e, pág. 195).

A partir de estas ideas, Chiozza (1970a) concluye que *“cuando la representación de un determinado órgano es elegida para recibir una determinada transferencia, como ocurre en la hipocondría, y más aún cuando esta transferencia se manifiesta en forma de una alteración corporal, como es el caso de las llamadas organoneurosis¹³, es porque tal representación del órgano constituye un símbolo universal de esas fantasías inconcientes”* (pág. 77).

Más de 20 años después, Chiozza aborda el tema del lenguaje de órgano de manera detallada y minuciosa, en su introducción al debate que realiza con Green, publicada en las Obras Completas bajo el título *“Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano”* (1991c [1989]). Allí, comienza diciendo que la expresión *“Organsprache”* que Freud utiliza en *“Lo inconciente”* *“remite a un concepto entretejido en el conjunto entero de su obra”* (pág. 151). Es decir que, si bien Freud menciona el término en un solo artículo, el significado al que el término alude se encuentra presente a lo largo de todos sus desarrollos.

Como dijimos, ya en los *“Estudios sobre la histeria”* Freud hace referencia a la relación entre los síntomas histéricos y ciertas sensaciones corporales vinculadas a determinadas vivencias afectivas. Las pacientes histéricas estarían expresando, a través de sus síntomas, una relación específica entre un determinado órgano y un determinado significado.

Esta relación, a su vez, es referida de manera explícita por las pacientes de Tausk citadas por Freud que, como vimos, vinculaban una determinada expresión verbal referida a un órgano con una vivencia particular correspondiente. Recordemos que Freud (1915e) afirma que, en estos casos, la relación con el órgano subroga todo el contenido de los pensamientos de la paciente y concluye que *“el dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido **lenguaje de órgano**”* (pág. 195)¹⁴.

¹³ Chiozza explica que el concepto clásico de *“organoneurosis”* hace referencia a los trastornos corporales cuyas alteraciones no constituyen en sí mismas una forma de lenguaje, sino que son *“utilizados”* secundaria y aleatoriamente por un conflicto inconsciente para expresarse, a diferencia de lo que se considera en relación a los síntomas *“psicogenéticos”*, como aquellos propios de la conversión histérica, a los que se le aplicaría la idea de un *“lenguaje corporal”*. Esta distinción, planteada por Freud (1910i) en el artículo *“Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión”*—donde la asemeja a la diferencia que existe entre neurosis actuales y psiconeurosis—, es retomada por psicoanalistas posteriores al referirse a la problemática psicósomática. Chiozza no comparte esta postura, ya que considera que toda alteración corporal expresa un significado inconsciente específico y, en este sentido, comprende a *“las llamadas organoneurosis como conversiones histéricas que afectan a las inervaciones vegetativas”* (Chiozza, L., 1975c, pág. 232).

¹⁴ Al estudiar los giros lingüísticos, Chiozza y colaboradores (1993e [1992]) retoman las afirmaciones de Freud respecto del lenguaje de órgano y plantean que *“las sensaciones somáticas constituyen el ‘sesgo hipocondríaco’ que, como **lenguaje de órgano**, forma parte del giro lingüístico verbal”* (pág. 116).

Al comparar el caso de las pacientes de Tausk con lo que sucedería en la histeria, Freud plantea que *“una histérica en el primer caso habría torcido convulsivamente los ojos, y en el segundo habría ejecutado en la realidad el sacudón en lugar de sentir el impulso a hacerlo o de tener la sensación de él, y en ninguno de los dos casos habría poseído un pensamiento conciente sobre eso ni habría sido capaz de exteriorizarlo siquiera con posterioridad”* (Ibíd.). Y agrega que estas observaciones *“dan testimonio de lo que hemos llamado lenguaje hipocondríaco o lenguaje de órgano”* (Ibíd.).

Chiozza (1991c [1989]) explica que Freud equipara el lenguaje hipocondríaco con el lenguaje de órgano, porque para él lo central de la hipocondría radica en las sensaciones somáticas vinculadas a esta alteración. Sensaciones que Freud interpreta como producto de un incremento en la intensidad de la “erogeneidad” de un determinado órgano que, cuando no puede descargarse, configura una *“estasis libidinal’ actual hipocondríaca”* (pág. 161)¹⁵. Chiozza concluye que *“así, a partir de la ‘actualidad’ de una erogeneidad específica, nace la sensación somática que es condición para que se constituya el ‘sesgo hipocondríaco’”* (pág. 161).

Es decir que, tal como explica Chiozza, de las afirmaciones de Freud se desprende que lo que constituye el “sesgo hipocondríaco” es la sensación somática, y que es dicha sensación la que hace que el lenguaje esquizofrénico devenga lenguaje de órgano. Chiozza concluye entonces que, *“ya sea a través de una alteración somática perceptible (signo), como sucede en la histeria, o a través de una sensación somática (síntoma), como es el caso de la hipocondría, se habla **con** el órgano (o, también, como veremos luego, **es el órgano el que habla**)”* (pág. 154).

En el contexto de estas ideas, podemos considerar entonces que, cuando un sujeto habla acerca del órgano, es *“porque una disminución del umbral, que constituye la hipocondría, determina que el órgano le ‘hable’, en ese mismo momento, por medio de la sensación somática”* (Chiozza, L., 1995L, pág. 195). Esta disminución del umbral es, según Chiozza, lo que define a la hipocondría para el psicoanálisis -a diferencia de lo que considera la psiquiatría-. Y estas sensaciones somáticas son, a su vez, expresión de un significado inconsciente específico y constituyen el “idioma” en el cual el órgano “habla”, es decir, el “lenguaje de órgano” (Chiozza, L., 2013). Dicho en palabras de Gustavo Chiozza (2011): *“lo que el órgano dice cuando habla es un contenido particular que consideramos propio y específico de ese órgano. Ese contenido específico es una fantasía específica que concebimos centrada en torno a un afecto; el mismo afecto que debemos interpretar”* (pág. 28).

Chiozza sostiene entonces que el término “Organsprache” alude, inequívocamente, a un lenguaje que se ejerce con los órganos o, mejor dicho, que los órganos ejercen a través de los síntomas y signos que derivan de sus alteraciones. Como todo lenguaje, el lenguaje de órgano es pasible de ser

¹⁵ En una ocasión reciente, Chiozza expresó que el término “estasis libidinal” es equívoco, porque la excitación siempre se descarga, aunque sea de manera patológica (Comunicación del Dr. Chiozza durante el seminario teórico del 25 de abril de 2019).

descifrado¹⁶: *“Cuando, siguiendo a Freud, decimos que el cuerpo ‘se mezcla en la conversación’, nos referimos, precisamente, al momento inicial de nuestra comprensión, el momento en el cual el cuerpo, recuperando su significado anímico, pierde su categoría de enigma corporal”* (Chiozza, L., 2013, pág. 148).

Otro hito en la obra de Freud vinculado con la idea implícita en el concepto de “Organsprache” es su formulación, en 1938, de la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Chiozza (1995O) resume¹⁷ la idea central de esta hipótesis con las siguientes palabras: *“llamamos cuerpo a lo genuinamente psíquico, es decir, lo inconciente, cuando penetra en la conciencia privado de su significado”* (pág. 232). El autor explicita y desarrolla esta idea en su planteo acerca de la doble organización del conocimiento en la consciencia¹⁸. Según esta concepción, lo inconciente es incognoscible “en sí mismo” y sólo podemos conocerlo a través de sus derivados conscientes, que se nos presentan bajo las categorías de “psíquico” y “somático”. Así, lo que registramos conscientemente como un órgano físicamente perceptible es, desde otro punto de vista, un conjunto específico de significados, y podemos concebir a ambos fenómenos como expresión de una misma “fuente” inconciente que constituye un existente “en sí” incognoscible.

Encontramos estas ideas resumidas e integradas en una cita de 1983 que, si bien es bastante anterior al artículo “Organsprache”, nos resultó clara e ilustrativa:

*“No sólo los trastornos histéricos (incluyendo en ellos las histerias ‘vegetativas’) y los afectos, sino también las enfermedades orgánicas y los órganos mismos, representan a (o ‘extraen sus materiales’ de) una fuente inconciente, que no constituye en sí misma un fenómeno al cual puedan aplicarse los conceptos de psíquico o somático, que se forman como categorías en la conciencia. El lenguaje y su significado (incluyendo en el significado el conjunto entero de lo que denominamos psicológico) representan a (o ‘extraen sus materiales’ de) la misma fuente inconciente. La idea o el concepto ‘físico’ que bajo el rótulo ‘un órgano’ la conciencia se forma de un determinado existente inconciente específico (incognoscible en sí mismo como la ‘cosa en sí’ de Kant), mantendrá pues una relación **específica** con determinadas fantasías y significados conscientes que, a través de numerosos intermediarios preconcientes, provienen del **mismo** existente inconciente. (Si dos cosas son iguales a una tercera son también iguales entre sí.). Cuando decimos entonces que el órgano habla, es porque esa fuente inconciente (que corresponde en la conciencia*

¹⁶ “Si la forma, la función, el desarrollo y el trastorno corporales constituyen uno de los múltiples ‘dialectos del inconciente’, debemos ver en la sostenida exploración de este lenguaje un desarrollo actual acorde con los nuevos baluartes en los cuales se ocultan aquellos conflictos que el psicoanálisis habitual ha desalojado de sus tradicionales reductos” (Chiozza, L., y Grus, R., 1983d [1981], pág. 39).

¹⁷ Freud (1940a [1938]) plantea en la segunda hipótesis que los supuestos concomitantes somáticos de los procesos psíquicos conscientes son “lo psíquico genuino”.

¹⁸ “Pensamos, de acuerdo con lo que Freud sostiene en su segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, que el cuerpo y el alma son dos aspectos de una misma realidad unitaria, que es psíquica sin dejar de ser física, y física sin dejar de ser psíquica, aunque, claro está, no siempre de manera conciente” (Chiozza, L., 2008, pág. 28).

tanto al concepto de ese órgano como a un conjunto específico de significados o fantasías) se expresa a través de lo que la conciencia percibe como una transformación del órgano físico, así como lo hace otras veces a través de un mensaje verbal. El fenómeno lingüístico no sólo abarca estos dos extremos de las categorías física y psíquica, sino el enorme campo intermedio del afecto y el gesto” (Chiozza, L., 1983g [1982], pág. 191-192).

Al ocuparse de la relación entre sensación somática y afecto, Chiozza (1995E [1993]) plantea que las sensaciones somáticas –que pueden llegar a ser síntomas (afecciones)- provienen de un remanente de excitación que no pudo descargarse en el ejercicio de una función fisiológica, equivalen al componente ineficaz, inevitable, de toda acción y son los constituyentes esenciales del afecto.

Al mismo tiempo, sabemos que, para este autor, toda alteración orgánica –sea “percibida” como signo o “sentida” como síntoma- puede comprenderse como la expresión de un afecto “desfigurado” que se está descargando a través de alguno de los elementos de su clave de inervación. Esta desfiguración, sostiene el autor, ocurre de manera típica y constituye un símbolo universal que representa al afecto –o a los afectos- en cuestión. Chiozza (2007a [1986-1997-2007]) agrega que toda afección *“configura, desde ese punto de vista, lo que Freud denominó ‘lenguaje de órgano’ o ‘dialecto de lo inconciente’”* (pág. 175), en la medida en que corresponde a cambios corporales que suceden de manera más débil durante la descarga normal del afecto. De este modo, concibe tanto al lenguaje, como a los síntomas y a los signos de una afección como expresiones de un significado inconsciente: *“En el giro lingüístico, la vinculación con el órgano es inconciente, en la actualidad del síntoma, el lenguaje de órgano se manifiesta como sensación somática en un sesgo hipocondríaco que equivale a una disminución del umbral de las sensaciones normales. La presencia del signo constituye la forma en que el lenguaje de órgano se manifiesta a la percepción ‘objetiva’”* (pág. 176).

Destaquemos que el concepto de descomposición patosomática de los afectos es de suma importancia en relación al tema que estamos tratando, ya que, para Chiozza (2013) lo que le brinda toda su riqueza al lenguaje de órgano es, precisamente, el hecho de que a través de la alteración orgánica se logre representar –y evocar- el afecto que ha sido desfigurado, pudiéndose así expresar de manera simbólica *“la particular combinatoria de los afectos que configuran el drama ‘actual’ que atenaza la vida del paciente”* (pág. 150).

Por último, queremos retomar aquí lo que plantea Gustavo Chiozza acerca de la comprensión de los síntomas orgánicos desde la teoría psicoanalítica. En una serie de trabajos¹⁹ sobre el tema, el autor realiza una extensa y minuciosa comparación entre el concepto de histeria de conversión planteado por Freud y el de la desestructuración patosomática de los afectos, planteado por Chiozza. A partir de un profundo análisis, el autor muestra que ambos conceptos son homologables y sostiene que se trata de dos formulaciones diferentes de una misma manera de comprender al síntoma corporal desde el psicoanálisis.

¹⁹ Ver, por ejemplo: Gustavo Chiozza 1994, 1995, 1996, 2004.

Concluye que, para la teoría psicoanalítica, *“lo somático está dado por un derivado del afecto reprimido; un derivado que, en condiciones normales, de no mediar la represión, forma parte de ese mismo afecto. Se trata de inervaciones somáticas por las que se descarga el afecto, aquellas que la conciencia registra como sensaciones somáticas”* (pág. 31). Explica que esta misma idea cristaliza en la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis planteada por Freud y subraya que esta concepción permite reunir, en una misma interpretación *“al dicho esquizofrénico de la paciente de Tausk, a los delirios hipocondríacos de Schreber, a los síntomas corporales de los casos de histeria de conversión y a la enfermedad orgánica; tanto a la hipocondría como al cáncer; tanto a las alteraciones anatómicas como a las funcionales”* (Ibíd.).

Volviendo ahora al tema que nos ocupa, pensamos que esta concepción del lenguaje de órgano nos permite “leer” un significado específico cuando una persona refiere miedo o angustia en relación a un determinado síntoma o a una determinada alteración corporal. Siguiendo las ideas desarrolladas en este apartado, podemos comprender que no es lo mismo sentir miedo de tener un infarto que de enfermarse de cáncer, no es lo mismo estar angustiado por un dolor intestinal que por un dolor de cabeza. Cada uno de estos temores particulares nos está “hablando” de una historia “específica”.

Además, en la medida en que comprendemos el concepto de la doble organización del conocimiento en la consciencia, estamos capacitados para interpretar el lenguaje de órgano en *toda* manifestación corporal, independientemente de si se trata de una supuesta enfermedad orgánica “hecha y derecha” o de una mera idea o inquietud referida “subjétivamente” por el paciente y que su médico desestima. No pensamos que en el primer caso existe una “verdadera alteración física” mientras que en el segundo se trata tan sólo de “una idea”, de una alteración psíquica. Independientemente de en qué medida pueda constatararse en cada caso una alteración somática “objetiva” subyacente, ambas situaciones expresan, para nosotros, un lenguaje pasible de ser interpretado: el lenguaje de órgano.

La angustia hipocondríaca

“Navegar es necesario, vivir no lo es”

Lema de la Liga Hanseática, citado por Sigmund Freud (1915b, pág. 292)²⁰

Comenzamos este trabajo planteando que nuestro interés había surgido de las situaciones en que una persona siente angustia frente a la posibilidad de estar enferma, al punto que esto se transforma en una “preocupación” que interfiere con su vida.

El recorrido que hicimos a través de las ideas de Freud y de Chiozza, en lo referente al lenguaje de órgano, nos permitió iluminar el aspecto de esta cuestión vinculado con el significado inconsciente específico del órgano comprometido. Nos queda, sin embargo, pendiente poder comprender algo más en relación a la angustia frente a esta situación. Para ello, volveremos sobre algunas de las cuestiones que planteamos en relación a la hipocondría a la luz de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* y retomaremos algunos desarrollos más actuales en torno a la angustia, así como ideas planteadas por Silvia Dupuy en una serie de trabajos realizados hace varios años sobre la hipocondría.

Sabemos que la angustia es un afecto que ocupa un lugar central en la teoría psicoanalítica. Freud la reconduce al trauma del nacimiento y Chiozza y colaboradores (2001o) subrayan que este afecto se vincularía al trauma de “estar naciendo”, a diferencia de lo que ocurre con el afecto desolación –que evoca el trauma de “haber recién nacido”-. Es decir que la angustia remite a la vivencia de temor frente a un peligro desconocido y a un daño que aún no ha ocurrido, ante lo cual sentimos que “algo tenemos que hacer”, pero “no sabemos qué” (Chiozza, L., 2005a, pág. 205).

Dijimos que cuando un sujeto se angustia frente a la posibilidad de estar enfermo, es porque, en última instancia, tiene miedo de padecer “algo grave” que lo conduzca a la muerte.

Freud se ocupó de señalar que no tenemos representaciones de la muerte y que el miedo a morir tiene que estar expresando el temor a un sufrimiento que sí hayamos sentido alguna vez, un sufrimiento cuyo mejor paradigma queda representado en lo inconsciente, para este autor, por lo que él denomina “angustia de castración”.

En “Las cosas de la vida” Chiozza (2005a) se ocupa del temor a la muerte y subraya que todo temor hace referencia a una situación actual. Plantea que *“lo que tememos, conocido y reprimido, es un sufrimiento actual que adquiere la forma conciente de un temor a lo desconocido”* (pág. 139). A su vez, reconduce la amenaza de castración a lo que él conceptualiza como la vivencia de “mutilación del yo”. Explica que el origen de esta vivencia puede quedar

²⁰ Esta frase aparece citada por primera vez por el historiador griego Plutarco, quien la atribuye a Pompeyo.

representado por un momento en la más tierna infancia, cuando nos vimos obligados a aceptar que no todo lo que considerábamos nuestro –todo aquello que nos brindaba placer- nos pertenecía en realidad, y nos vimos así forzados a “reconfigurar” los límites de lo que considerábamos nuestro “yo”. Explica que esto es vivido como un daño humillante, como una mutilación yoica, y que es el origen de lo que llamamos “celos”.

Chiozza considera que estos sentimientos de celos, impotencia y mutilación del yo son los constituyentes primarios de lo que Freud concibe como amenaza de castración en el complejo de Edipo. Plantea entonces que el temor a la muerte oculta y expresa, en última instancia, el dolor *actual* frente a lo que sentimos como “*una injuria a nuestro egocentrismo*” (Ibíd., pág. 143). Y concluye que, en la medida en que logremos disminuir esta “egolatría primitiva” (Ibíd.), disminuirá también nuestra preocupación frente a la idea de la propia muerte.

Intentemos relacionar estas ideas sobre la angustia con lo que planteamos antes en relación a la hipocondría dentro del modelo de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*.

Habíamos dicho que, dentro de aquel esquema, la hipocondría surge en el momento en que se “resquebraja” la ilusión de omnipotencia. Dijimos que constituye una defensa paranoica, según la cual el cuerpo, como representante del polo hepático-material, es sentido como el “perseguidor” responsable de que uno no pueda desarrollar sus ideales. Desde este punto de vista, dijimos, “no soy yo el que no puede, sino que es mi cuerpo el que me limita”. Y habíamos señalado que para elaborar esta situación es necesario hacer conscientes los sentimientos de envidia negados y “atravesar la vergüenza” de encontrarse con los propios límites, haciendo el duelo por lo que uno no puede concretar.

¿No es esta otra manera de aludir a lo que citamos de Chiozza en el párrafo anterior, acerca de la necesidad de disminuir la “egolatría primitiva”? No sería casual que aquello que atempera el temor a la propia muerte sea también aquello que disminuye la hipocondría. Avancemos un poco más.

Silvia Dupuy escribió varios trabajos en relación a la hipocondría, donde retoma las ideas que venimos resumiendo aquí respecto de este trastorno en relación a los desarrollos de Chiozza acerca del psiquismo hepático²¹.

A partir de la idea, planteada por Chiozza, de que en esta situación el cuerpo representa a un objeto perseguidor que priva al yo del aporte material para poder concretar los sueños, Dupuy relaciona la hipocondría con la vivencia de perder el vínculo con un objeto que se experimentaba como “proveedor” y “nutricio”, un objeto al que antes uno se sentía estrechamente unido y por el cual se sentía protegido. Es decir que la angustia hipocondríaca surgirá cuando el sujeto, al verse enfrentado con la necesidad de crecer y asumir la responsabilidad por su propia vida, renunciando al modelo de dependencia infantil, experimenta esto como una interrupción del aporte “material”: “*El miedo*

²¹ La autora trae además ideas de Freud, Klein, Weizsäcker y Wyss -entre otros autores- en relación a este tema.

hipocondríaco, que es esencialmente miedo a morir, sobreviene en el momento de la percepción de la situación de insuficiencia en las posibilidades de materializar, denominada por Chiozza 'castración hepática'. Frente a esta percepción el sujeto reacciona de manera paranoide, sintiéndola como una amenaza que proviene de su cuerpo, al que siente ajeno y enemigo. Este cuerpo ante el que el hipocondríaco está asustado podría quedar representado por un objeto nutricional que niega el alimento que hasta el momento ofrecía casi sin solución de continuidad, es decir que el sujeto, desde su indiferenciación con aquél, así lo sentía" (Dupuy, S., 1980, pág. 26).

Estas ideas nos permiten comprender mejor lo que plantea Rosenfeld acerca de que la hipocondría suele presentarse en las "fases de reajuste", como por ejemplo la adolescencia y la edad media de la vida. En el caso del adolescente, no es difícil imaginar que pueda sentir la necesidad de realizar un crecimiento que lo asusta, porque implica abandonar la protección y el suministro de bienestar que el hogar paterno le aseguraba, para intentar construir su propia vida, con sus propios medios. Estas mismas vivencias pueden reactualizarse en la edad media de la vida, el momento en donde la necesidad de sublimación se vuelve más urgente y en donde también se comienza a ver más claro qué ideales se pudieron materializar y cuáles no. Además, es en esta época de la vida cuando una persona suele tener que enfrentarse con la vejez –o la muerte- de los propios padres²².

En esta misma dirección, Dupuy vincula la hipocondría con los conceptos de Weizsäcker acerca de la "ilusión de seguridad" y de "inseguridad". Sabemos que para el autor estos conceptos hacen referencia a creencias en las cuales vivimos inevitablemente inmersos. Weizsäcker (1956) señala que ambas ideas -tanto la de que vivimos a salvo de cualquier desgracia, como la contraria- son ilusorias. Y plantea que no es posible salir de la ilusión de seguridad, *"sólo existe una modificación posible: en lugar de vivir en la ilusión de seguridad, un ser humano puede vivir en la ilusión de la amenaza, en la ilusión de la desgracia (...). De este modo, el contenido de la seguridad es convertido en su contrario, pero no se ha anulado su carácter ilusorio"* (pág. 31)²³.

²² Pensamos que, en este sentido, podrían establecerse puntos de contacto entre la angustia hipocondríaca y los llamados "ataques de pánico". Estos ataques son descritos como *"la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a 'volverse loco' o perder el control"* (DSM IV, 1995, pág. 401). Esta definición coincide sustancialmente con lo que Freud (1895b [1894]) designa como "ataque de angustia" o "angustia automática". En un trabajo sobre este tema realizado en coautoría por una de nosotras, apoyándonos en ideas de Chiozza y colaboradores (2001o), relacionábamos los ataques de pánico con la vivencia de sentirse abandonado por un objeto del cual la persona siente que depende para sobrevivir. Decíamos que el sujeto *"siente que esta separación pone en evidencia su sentimiento de debilidad, exponiéndolo a la penosa sensación de tener que 'arreglárselas solo' cuando siente que 'no tiene con qué'"* (Adamo, M. y Lorusso, C., 2009, pág. 16).

²³ Entendemos que estas ilusiones, si bien inevitables, pueden funcionar mejor, de manera más medida, o adquirir formas menos saludables, como ocurriría en el caso de la hipocondría que estamos describiendo.

Dupuy plantea que, así como la ilusión de seguridad puede transformarse en ilusión de desgracia, de la misma manera un sujeto maniaco puede pasar rápidamente a la situación hipocondríaca, en la medida en que no puede sostener la ilusión de omnipotencia. Nos resulta interesante pensar en la ilusión de inseguridad como “la otra cara” de la ilusión de seguridad. Es decir que el temor hipocondríaco, si bien implica un malestar, podría contener la fantasía mágica de que *existe* alguien capaz de proteger al sujeto y de garantizarle el cumplimiento de sus deseos²⁴. Si lo pensamos en un ejemplo, se trataría de la esperanza que el paciente hipocondríaco deposita sobre el médico, hacia cuyo “diagnóstico” siente temor, pero hacia quien también alberga la esperanza de que le diga que “no tiene nada”, que “está todo bien”²⁵. Aunque, como se ve claramente en estas ocasiones, se trata de un alivio que dura poco. ¿Por qué dura tan poco este alivio?

Sabemos que, desde el psicoanálisis, es posible concebir a un temor como representación consciente de un deseo que permanece reprimido. Si lo pensamos de esta forma, podemos considerar que la angustia hipocondríaca le “permite” al sujeto desplazar su malestar sobre una representación donde le resulta más tolerable. Pensando en un sujeto que se encuentra frente a un momento de cambio –por ejemplo, como dijimos, un adolescente o un sujeto en la edad media de la vida-, podemos imaginar que le resulte más soportable atribuir su malestar al temor a tener determinada enfermedad, que enfrentarse con aquello que tiene que llevar adelante, viendo cuáles son sus posibilidades, de qué es capaz y a qué tiene que renunciar.

Sería algo comparable a lo que ocurre en las fobias²⁶: se desplaza el afecto penoso de una representación sobre otra, donde resulta más tolerable y donde el sujeto siente que puede controlar y dominar mejor dicho afecto. Pensamos que, también en la hipocondría, puede buscarse incrementar este control a través de mecanismos obsesivos que surgen en una segunda instancia. Así, una persona puede obsesionarse con controles médicos, análisis clínicos, prestar atención desmedida a las modificaciones de un determinado síntoma, etc.

²⁴ Pensamos que en este punto es posible establecer una relación con los desarrollos que realiza Gustavo Chiozza en una serie de trabajos (2001, 2003 y 2014, entre otros) acerca de lo que él denomina la “asistencia ajena”, donde explica cómo se busca recrear este modelo infantil de dependencia en la relación que se establece con el superyó.

²⁵ En este sentido, coincidimos con Dupuy (1981), quien plantea que la medicina preventiva, imperante en la época actual, fomenta el desarrollo de la hipocondría, estimulando también la “ilusión de seguridad”. Esto constituye, para la autora, una defensa maniaca frente a la natural incertidumbre de la vida. En la misma dirección, Gustavo Chiozza (2016) señala que, si quisiéramos cumplir con todos los “chequeos de rutina” que la medicina preventiva nos “exige”, estando sanos, nos veríamos obligados *“a hacer una vida similar a la que, por necesidad, se ven sometidos los que están enfermos”* (pág. 19). Es como si, en lugar de usar nuestra salud para vivir, fuéramos a poner nuestra vida *al servicio* de la salud (Ibíd.). A cambio de esto, la medicina nos promete –de manera en general tácita o encubierta- una garantía de protección, garantía que, por supuesto, no puede de veras brindar.

²⁶ Dupuy (1981) comprende a la hipocondría como una “modalidad fóbica”. Hace extensiva a todas las fobias esta idea de que lo que se teme es tener que “medir fuerzas” con el objeto fóbigeno, lo cual implica estar dispuesto a encontrarse con los propios límites. En este sentido, dice que el temor en las fobias no surge frente a una realidad desconocida, sino que surge *“para no conocerla, no enfrentarla y así no medir nuestras fuerzas con la adversidad”* (pág. 190).

Si lo pensamos de este modo, resulta comprensible que sea tan difícil tranquilizar duraderamente a una persona hipocondríaca, porque justamente *necesita* mantener esa inquietud para poder descargar allí la angustia que experimenta. Una vez que las cosas toman esta forma, la persona siente que “su único problema” es esa enfermedad que teme tener y que, si le aseguraran que no la tiene, ya estaría “todo resuelto”. De esta manera se defiende de encontrarse con una realidad más compleja, en donde las cosas no son blancas o negras –seguridad/inseguridad–, sino en donde es necesario “poner el hígado” para llevar adelante los deseos, medir fuerzas con la dificultad y estar dispuesto a renunciar a lo que no se logre.

Además, la perspectiva de estar gravemente enfermo contendría un cumplimiento de deseo, en la medida en que constituiría un obstáculo que le estaría “impidiendo” llevar adelante aquello que, en el fondo, teme no tener la capacidad de concretar. La enfermedad lo eximiría entonces, en su fantasía, de asumir la responsabilidad por su fracaso.

En esta misma línea de ideas, Dupuy (1978) destaca que el sujeto hipocondríaco *“vive preocupado sin darse cuenta de que la ocupación con la que pretende darle sentido a su vida es una pre-ocupación”* (pág. 29). Señala que, mientras el sujeto intenta tranquilizar su inquietud presente a través de una preocupación futura, postergando así el encuentro con la dificultad, no se da cuenta que lo que tanto teme en cierto modo *ya está pasando*, porque *“(…) en realidad, mientras está hipocondríaco, ya está ocurriendo la muerte que tanto teme y que consiste en la postergación del encuentro con la acción, que vacía al presente de sentido”* (pág. 29)²⁷.

La autora hace un desarrollo interesante, sobre el que sólo podremos hacer aquí una breve referencia, en donde retoma ideas de Wyss acerca de la hipocondría y su relación con lo que él denomina el “espíritu burgués”, que surge a continuación de la época medieval. Según este autor, a diferencia de lo que ocurre en la edad media, el hombre burgués desarrolla un aprecio extremo por valores como la razón, el tiempo, el dinero, la materia, el individuo. Dupuy (1981), apoyándose en estas ideas, compara a la hipocondría con este “espíritu burgués”, opuesto a lo que llama el “espíritu guerrero”: *“Preocuparse sería lo contrario de ocuparse, atender, prestar solicitud, estar entero en alguna empresa a la manera que le es propia al espíritu guerrero, antinomia de aquél otro, burgués, ahorrativo de su vida, que pretende poder prever el riesgo y que no se resigna a reconocer en la muerte el punto final de cualquier obra. Este hombre de espíritu temeroso, pretendería conservar su vida, conservarse a sí*

²⁷ Nos parece posible pensar que este mecanismo por el cual se proyecta sobre el cuerpo a un objeto que priva de los aportes necesarios para materializar los ideales, puede replicarse, proyectando estas mismas vivencias sobre objetos o situaciones que no sean el cuerpo, pero que puedan representar lo mismo que éste. Así, por ejemplo, hay personas que sienten temor a la ruina económica o a sufrir alguna otra desgracia determinada. En este mismo sentido, Dupuy (1978) plantea que *“es interesante reflexionar acerca de que las ansiedades hipocondríacas suelen adquirir no sólo la forma de preocupaciones acerca del estado de salud, sino también y con mucha frecuencia suelen expresarse como temor a perder el capital y estar expuesto a un futuro miserable”* (pág. 24).

mismo como un bien, en tanto que el guerrero consideraría su vida como un trampolín hacia la realización de conquistas que lo trasciendan y a su materia como a una circunstancia útil para poder hacer realidad los proyectos” (pág. 190-191).

Gustavo Chiozza (2016) hace referencia a ideas semejantes cuando, en su libro *¿Por qué la gente fuma?*, plantea que, en la época actual, la salud tiende a transformarse en un bien absoluto. Describe cómo, cada vez más, la salud deja de ser un medio para llevar adelante nuestra vida y se vuelve, en cambio, un fin en sí misma. El autor explica que esta idea contiene un profundo malentendido, ya que *“lo que define nuestra vida es lo que hacemos con ella, no lo que evitamos que en ella nos suceda”* (pág. 13).

Podríamos concluir entonces diciendo que la dirección en la cual debemos encaminarnos para atemperar la angustia hipocondríaca consiste en intentar “poner la vida” en algo... que no sea “yo”. Como vimos, esto puede formularse de diferentes maneras. Podemos decir, por ejemplo, que para conseguir liberarse del perseguidor proyectado sobre el cuerpo es necesario aceptar los límites del propio yo, atravesando la envidia y la vergüenza (Chiozza, L., 1970a). O bien decir que para poder aliviar la preocupación por la propia muerte necesitamos disminuir nuestra “egolatría primitiva” (Chiozza, L., 2005a). O podemos decir, en palabras de Freud: *“al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo”* (1914c, pág. 82); o bien, tal como cita este autor del poeta Heine, es necesario crear para lograr curarse.

A modo de conclusión

Llegados a este punto, no podemos evitar plantearnos que la conclusión a la que arribamos es algo demasiado general, algo que –como un principio explicativo básico- puede aplicarse a cualquier trastorno.

¿Podemos, no obstante, extraer algo de este recorrido que nos enriquezca en la comprensión del paciente que siente angustia hipocondríaca?

En primer lugar, podemos decir que, a diferencia de lo que propone la psiquiatría, no nos ocuparemos de determinar si el paciente tiene un trastorno “verdaderamente” orgánico o no²⁸. Partiendo de la idea de que cuerpo y alma son dos formas en que se manifiesta en nuestra consciencia un mismo existente inconsciente, nos centraremos en interpretar el lenguaje de órgano que su síntoma esté expresando. Dicho en otros términos, si un paciente refiere temor de enfermar de cáncer, interpretaremos las fantasías cancerosas... al igual que haríamos frente a un paciente con cáncer.

En este sentido, y retomando algunas de las preguntas que nos hicimos en la introducción, entendemos que la concepción psicoanalítica de la hipocondría es más amplia que la de la psiquiatría. Si concebimos a la hipocondría como la disminución del umbral frente a las sensaciones somáticas, entonces esta alteración es independiente de la presencia o ausencia de alteraciones físicas “comprobables” y, también, de la presencia de angustia frente a estas sensaciones. Al revés, pensamos que toda angustia hipocondríaca, es decir referida al cuerpo, estaría incluida en la definición psicoanalítica de hipocondría.

En relación a esta angustia hipocondríaca, nos parece comprender que el camino para elaborarla empezaría por poder tolerarla, “actuando” lo menos posible. Para poder analizar la angustia, es necesario que el paciente pueda intentar soportarla, tratando de no buscar calmar su malestar rápidamente, mediante consultas médicas y análisis. Tal como señala Chiozza: *“Cuando (...) enfrentamos la angustia procurando tolerar la penuria, comprobamos que nunca se mantiene durante muchas horas, y que a veces se produce una variación en el panorama que representa nuestro drama. Cuando miramos ‘para atrás’, podemos ver que, aunque a veces ocurren cosas peores, aquello que tememos casi nunca ocurre. La vida tiene más de un camino, y buscar las rendijas es tratar de encontrarlos. No solemos encontrar, por supuesto, las soluciones mágicas que nos van a complacer completamente, pero la existencia de soluciones diferentes, surgidas de la aceptación de nuestros*

²⁸ Por otro lado, tal como señala Gustavo Chiozza (2004) en relación a la distinción entre histeria y enfermedad somática, tener que trazar tal diferenciación *“representaría para el psicoanálisis, como ciencia independiente, toda una limitación, ya que antes de interpretar a nuestros pacientes, deberíamos tener el diagnóstico médico para saber qué teoría aplicar”* (pág. 5). Además, el autor explica, con mucha perspicacia, que demostrar de manera absoluta la ausencia de una alteración orgánica frente a un determinado síntoma es una tarea imposible (ver, por ejemplo, págs. 6 y 23-25).

límites y de un proceso de duelo, logrará desviarnos del ‘callejón sin salida’” (Chiozza, L., 2005a, pág. 208-209).

Sabemos que, para Chiozza (1981f), la preocupación puede considerarse “holgazanería” y que, al igual que el arrepentimiento, es una forma de irresponsabilidad. El autor explica que, en cambio, carecemos de tiempo para pre-ocuparnos cuando logramos vivir el presente, enfrentando las dificultades – sin queja, culpa ni reproche-. Ese es, pues, el camino hacia el cual intentaremos dirigirnos con nuestro paciente, el camino que busca descubrir cuál es la responsabilidad que está intentado “esquivar”, cuáles son los deseos que tiene y que teme no poder concretar, que se presentan, disfrazados, bajo la forma de temores hipocondríacos.

Dijimos que la angustia se experimenta como el sentimiento de que algo tenemos que hacer, pero no sabemos qué. Pensamos que, si logramos progresar por este camino, podremos descubrir, junto al paciente, cuál es el origen más genuino de esta angustia y qué es lo que a él, de veras, le hace falta hacer.

Bibliografía

BERCHERIE, Paul (1997)

Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós Ibérica, Buenos Aires, 1998.

CHIOZZA, Gustavo (1996d)

“Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática”, en *Cuerpo afecto y lenguaje*, (Tercera Edición), Luis Chiozza, (1998f [1976]), Alianza Editorial, Bs As, 1998.

CHIOZZA, Gustavo (1998)

“Consideraciones sobre una ‘Metapsicología’ en la obra de Chiozza”, en *Cuerpo afecto y lenguaje*, (Tercera Edición), Luis Chiozza, (1998f [1976]), Alianza Editorial, Bs As, 1998.

CHIOZZA, Gustavo (2016)

¿Por qué la gente fuma? Un reencuentro con el humo y el fuego, Editorial Libros del Zorzal, Bs. As., 2016.

CHIOZZA, Luis (1964a)

“La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [I], en *Obras Completas*, t. III, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1970a)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia, en *Obras Completas*, t. VI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1974b)

“Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”, en *Obras Completas*, t. III, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1975c)

“La enfermedad de los afectos”, en *Obras Completas*, t. III, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1981f)

“Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía”, en *Obras Completas*, t. IV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1983g [1982])

“Acerca de algunas críticas a *Psicoanalisi e cancro* y *Corpo, affetto e linguaggio*”, en *Obras Completas*, t. IV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1987e)

“La influencia de Weizsaecker en la Argentina”, en *Obras Completas*, t. V, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1991c [1989])

“*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”, en *Obras Completas*, t. V, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1995E [1993])

“La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” [I], en Obras Completas, t. IX, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1995L)

“La concepción psicoanalítica del cuerpo. ¿Psicosomática o directamente psicoanálisis?”, en Obras Completas, t. VI, Editorial Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

CHIOZZA, Luis (1995O)

“El psicoanálisis y los procesos cognitivos”, en Obras Completas, t. VI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1998a [1963-1984])

Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico en Obras Completas, t. II, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2005a)]

Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa, La historia que se oculta en el cuerpo, en Obras Completas, t. XIV, Ed. Libros del Zorzal, Bs. As., 2008

CHIOZZA, Luis (2007a [1986-1997-2007])

¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo, en Obras Completas, t. XIV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2008)

“Nuestra contribución al psicoanálisis y a la medicina”, en Obras Completas, tomo “Medicina y psicoanálisis”, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2013)

Para qué sirve el psicoanálisis, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2013.

CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1983d [1981])

“Camino de la terapia psicoanalítica” [II], en Obras Completas, t. IV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis y colab. (1993e [1992]) Colaboradores: Dorrit Busch, Horacio Corniglio y Mirta Funosas

“El significado inconciente de los giros lingüísticos”, en Obras Completas, t. VI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis y colab. (2001o) Colaboradores: Gustavo Chiozza, Dorrit Busch, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman y Gloria I. de Schejtman

“Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal”, en Obras Completas, t. XIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS (1963)

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas, Octava Edición, Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1963.

DSM – IV (1995)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson S.A., 1995.

FREUD, Sigmund (1890a)

“Tratamiento psíquico, tratamiento del alma”, en Obras Completas, tomo I, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1895b [1894])

“Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’”, en *Obras Completas*, tomo III, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1895d), en colaboración con BREUER, Joseph

Estudios sobre la histeria, en *Obras Completas*, tomo II, Amorrortu Ed., Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1896b)

“Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, en *Obras Completas*, tomo III, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1905d)

Tres ensayos de teoría sexual, en *Obras Completas*, tomo VII, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976

FREUD, Sigmund (1910i)

“La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis”, en *Obras Completas*, tomo XI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1911c [1910])

“Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”, en *Obras Completas*, tomo XII, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1914c)

“Introducción del narcisismo”, en *Obras Completas*, tomo XIV, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1915b)

“De guerra y muerte. Temas de actualidad”, en *Obras Completas*, tomo XIV, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1915e)

“Lo inconciente”, en *Obras Completas*, tomo XIV, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17])

“Conferencia 24” en *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* en *Obras completas*, tomo XVI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17])

“Conferencia 26” en *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* en *Obras completas*, tomo XVI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1940a [1938])

“Esquema del psicoanálisis”, en *Obras Completas*, tomo XXIII, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902])

Manuscrito B, en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess* en *Obras Completas*, tomo I, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902])

Manuscrito H, en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess* en *Obras Completas*, tomo I, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976

ROSENFELD, Herbert (1964)
Estados psicóticos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2ª edición, 1978.

WEIZSÄCKER, Viktor von (1956)
Patosofía, Editorial Libros del Zorzal, Bs. As., 2005.

Referencias bibliográficas

ADAMO, María y LORUSSO, Carmen (2009)
“Acerca del ataque de pánico y la desolación”, presentado en el Simposio de la Fundación Chiozza, 2009.

CHIOZZA, Gustavo (1994), “Reconsideraciones sobre la histeria de conversión”, Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Bs. As., agosto de 1994.

CHIOZZA, Gustavo (1995d), “El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica”, CWCM, Bs. As., junio de 1995.

CHIOZZA, Gustavo (2001)
“El malentendido en los vasallajes del yo”, presentado en el Simposio de la Fundación Luis Chiozza, 2001.

CHIOZZA, Gustavo (2003)
“Del malestar en la cultura al bienestar moral”, presentado en el Simposio de la Fundación Luis Chiozza, 2003.

CHIOZZA, Gustavo (2004)
“La histeria de conversión a la luz de las ideas de Chiozza”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, noviembre 2004.

CHIOZZA, Gustavo (2011)
“La construcción de lo ‘psíquico’ y ‘lo somático’ en la práctica psicoanalítica”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, septiembre 2011.

CHIOZZA, Gustavo (2014)
“Reflexiones sobre la función parental”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, 2011.

DUPUY, Silvia (1978)
“Apuntes para el estudio de la hipocondría”, presentado en el CIMP, julio 1978.

DUPUY, Silvia (1980)
“Reflexiones acerca de la hipocondría”, revista Eidon, Año 7, N°13, septiembre 1980.

DUPUY, Silvia (1981)
“Hipocondría: fobia hepática”, revista Eidon, Año 8, N°14, marzo 1981.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Gerardo (2011)
“El cuerpo humano en la teoría humoral de la medicina”, en *Metapolítica*, núm. 74, julio –septiembre de 2011, pág. 24-30.