

Algunas consideraciones sobre la psicopatología de los estados hipocondríacos*

Herbert Rosenfeld

(London)

Los estados hipocondríacos siempre han sido un problema embarazoso, tanto para los psiquiatras como para los psicoanalistas. Se encuentran en las neurosis y en las psicosis, como ser en la histeria, en la neurosis obsesiva, en cuadros depresivos y neurasténicos, en la esquizofrenia, y también en los estados iniciales de las psicosis orgánicas. Son frecuentes en la adolescencia y en la edad crítica. Algunos estados hipocondríacos son de corta duración, pero otros son realmente crónicos y se considera que tienen un mal pronóstico.

Es interesante señalar que si las ansiedades hipocondríacas parecen ser un síntoma frecuente en los pacientes psicoanalíticos cuando están en análisis, hay relativamente poca literatura psicoanalítica al respecto. Freud, en 1911 y 1914, ha considerado la hipocondría como un cuadro narcisístico íntimamente relacionado con la paranoia. Ha descrito la angustia hipocondríaca surgiendo de la libido del Yo, como la contraparte de la angustia neurótica (que vincula a la libido objetal). Schilder ha recalcado la conversión de conflictos psíquicos en físicos por medio de la proyección, desde la esfera psíquica, hacia el cuerpo y los órganos del cuerpo. Ha insistido en que la hipocondría tenía un significado inconsciente y no era una neurosis "actual". Melanie Klein nos ha abierto la comprensión, tanto del narcisismo como de la hipocondría, por su estudio de los objetos internos. Siempre ha insistido sobre el carácter concreto de las fantasías inconscientes del niño pequeño, y ha mostrado que éste refiere sus sensaciones físicas a objetos. Por ejemplo, el dolor físico puede ser sentido por el bebé en una fantasía inconsciente como un ataque por parte de una madre o de un pecho internos malos. Melanie Klein ha vinculado las angustias

* Artículo leído en el Vigésimo Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, París, julio-agosto 1957. Traducido del "International Journal of Psycho-Analysis", Vol. XXXIX, 1958, Parts 1T-IV.

hipocondríacas del adulto con vivencias tempranas del bebé, en las cuales ataques persecutorios, sobre todo provenientes de objetos parciales, son sentidos como ocurriendo concretamente en el interior del cuerpo.

Cuando intento formular mis propias ideas sobre la hipocondría, me encuentro de acuerdo con la idea común a Freud y a Melanie Klein, de que en los estados hipocondríacos hay siempre una regresión a un estado narcisístico infantil temprano. Siguiendo la descripción detallada que hace Melanie Klein del desarrollo infantil temprano, diría que el punto de fijación más temprano de la hipocondría se ubica en los primeros tres o cuatro meses de vida, en la posición esquizoparanoide. Se puede observar con particular claridad la regresión a este estado en la hipocondría de la esquizofrenia y de la paranoia, donde las angustias hipocondríacas infantiles tempranas son revividas regresivamente. Sin embargo, creo que no podemos considerar la hipocondría exclusivamente como un estado regresivo, y pienso que conviene distinguir entre estados hipocondríacos temporarios y crónicos.

La angustia hipocondríaca temporaria, por ejemplo, puede surgir cuando angustias psicóticas tempranas, particularmente angustias paranoides, son estimuladas y tienen que ser elaboradas de nuevo por el individuo. Esto explicaría porqué las angustias hipocondríacas surgen con frecuencia en las fases de reajuste, por ejemplo en la pubertad y en el climaterio. El significado de estas fases hipocondríacas sería similar a la función que Melanie Klein atribuye a la neurosis infantil, que relaciona con una nueva elaboración de las angustias psicóticas tempranas.

La hipocondría crónica me parece ser un síntoma de naturaleza completamente diferente. Sugiero que la hipocondría crónica tiene principalmente una función defensiva, y su defensa principal parece dirigida contra un estado confusional, que es a menudo de naturaleza esquizofrénica. Antes de discutir el sistema de defensa de la hipocondría, tenemos que considerar brevemente la psicopatología del estado confusional. Se caracteriza por una dificultad en el paciente para diferenciar entre el self y los objetos, entre los buenos y malos objetos, entre impulsos hetero y homosexuales, y particularmente entre angustias depresivas y paranoides.

Melanie Klein, hace poco, ha contribuido a la psicopatología de los estados confusionales, relacionándolos con la envidia oral, un corolario del sadismo oral que, según cree, intensifica |a menudo el clivaje normal entre objetos buenos y

malos. Dice, entre otras observaciones, que una de las consecuencias de esta dificultad temprana es una inhabilidad para sentir separadamente la culpa y la persecución. Voy a dar primero un ejemplo clínico para ilustrar una confusión entre angustias depresivas y paranoides en uno de mis pacientes hipocondríacos. El paciente había estado quejándose de una tensión y presión constantes en su cabeza, aparte de numerosos otros síntomas hipocondríacos. Gradualmente, en el análisis, relacionó esta vivencia física en su cabeza con una psíquica y la describió como una preocupación en su cabeza. Se sentía perseguido por esta preocupación, y explicaba a veces que parecía correr detrás de él adonde fuera. Quería deshacerse de ella porque no sabía qué hacer con ella, y sentía también que era completamente insoportable. Aunque tratando constantemente de expulsar la preocupación, también tenía miedo de perderla, porque pensaba a menudo que si consiguiera deshacerse de ella, no sería más capaz de amor o cariño. Esta preocupación o tensión parecía, en el análisis, representar principalmente a la madre del paciente, que parecía ansiosa y preocupada por él, pero era sentida también como dañada y entonces exigente y acusadora. Quería que la tensión en su cabeza fuese curada, lo que implicaba querer tener a su madre restaurada, pero no podía nunca decidir si la preocupación era algo bueno o malo, porque no podía nunca decidir si la madre dañada era realmente una buena madre o una perseguidora vengativa, y así estaba en la duda de lo que había que hacer con su preocupación.

Al considerar las dificultades de este paciente hipocondríaco para tratar su preocupación, quisiera aquí recordar una observación de Freud en su artículo sobre narcisismo. Explica con bastante detalles que, tanto en la neurosis como en la psicosis (parafrenia), hay una elaboración interna de la libido, sea de la libido del Yo, sea de la libido ligada a objetos reales o imaginarios del psiquismo. La hipocondría de la parafrenia surge, según Freud, de una falla en la elaboración de la libido en el aparato psíquico. A mi criterio, lo que **no puede** ser elaborado en el aparato psíquico, en la hipocondría, no es meramente libido, sino una mezcla de impulsos y objetos libidinales y agresivos que puede ser definida específicamente como un estado confusional. Sugiero que este estado es tan difícil de soportar para el Yo porque la parte buena del self y los objetos buenos, de los cuales depende la estabilidad del Yo, están

constantemente en peligro de ser inundados por el self malo y los malos objetos con los cuales están confundidos. Esto significa también que la angustia depresiva que estimula el movimiento reparatorio no puede ser elaborada psíquicamente. Aun si hay preocupación por los objetos y entonces deseo de reparación, la reparación no puede tener lugar porque el clivaje normal entre objetos buenos y malos es necesario para permitir que las angustias depresivas sean elaboradas exitosamente.

Mi teoría es que, como resultado de esta falla del clivaje normal y de la diferenciación entre objetos buenos y malos, se producen **procesos o mecanismos de clivaje anormales** como intento de librarse de las angustias confusionales.

Estos procesos anormales de clivaje parecen ser responsables de los intentos de separar las angustias confusionales y convertirlas en neurosis del tipo del "acting-out", como las perversiones sadomasoquistas y la delincuencia, y en trastornos físicos, como los desórdenes psicosomáticos o la hipocondría. En la hipocondría, el Yo consigue clivar las angustias confusionales y proyectarlas en el cuerpo y en los órganos del cuerpo, pero este proceso de clivaje no se produce exactamente dentro de los límites del Yo corporal, según Schilder. Puede ser descrito del siguiente modo: hay una proyección constante de objetos internos, angustias y partes del self, como el sadismo, sobre objetos **externos**, pero los objetos externos sobre los cuales la proyección ha tenido lugar son **siempre de inmediato** reintroyectados en el cuerpo y los órganos del cuerpo. Estos mecanismos me parecen ser típicos de la hipocondría, aunque no exclusivos de ella.

Hasta aquí he desarrollado mi hipótesis sobre el estado confusional del hipocondríaco, y el mecanismo del clivaje, proyección y reintroyección que utiliza como defensa contra este estado.

Al considerar la psicopatología del estado confusional, sólo he mencionado la envidia oral-sádica que parece ser responsable de él. Proyectando el estado confusional en el cuerpo, el Yo consigue en cierta medida clivar y proyectar las fuerzas sádicas inherentes al estado confusional. Pero aun así, los impulsos sádicos se mantienen activos en la hipocondría, y la relación con los objetos externos e internos y con los órganos del cuerpo queda profundamente afectada por el sadismo del paciente. La característica particular del sadismo

parece ser su cualidad expoliadora y frustradora, que, como lo ha señalado Melanie Klein, es típica de la envidia oral-sádica.

Es porque el hipocondríaco ataca a sus objetos externos frustrándolos sádicamente, que se siente él mismo aburrido e insatisfecho en sus relaciones sexuales, y del mismo modo esto afecta sus sublimaciones, como su trabajo u otros intereses. Para encontrar una compensación a las frustraciones de su vida **externa**, trata de refugiarse en objetos buenos internos. En esto, sin embargo, no tiene éxito, primero porque no ha establecido dentro suyo un objeto bueno separado de los malos, y segundo porque, por la introyección de objetos externos atacados sádicamente y frustrados, encuentra la misma situación insatisfactoria de la cual ha huido, adentro de él, en su cuerpo. Además, los ataques sádicos se continúan internamente, agregándose constantemente a sus sensaciones hipocondríacas perturbadoras.

El síntoma de autoobservación, que ha sido subrayado por muchos autores, particularmente por Schilder, parece jugar un papel importante en el modo en que el hipocondríaco trata su sadismo. Para citar algunos aspectos de esto: la autoobservación parece tomar parte en el intento de clivar el sadismo, porque aparece que la autoobservación cumple la función de controlar el sadismo clivado y de mantenerlo fuera de la esfera psíquica. Parece también cumplir otra función defensiva por la observación obsesiva de las angustias persecutoria y depresiva dentro del cuerpo y el intento de diferenciar entre ambas. Además, pienso que la autoobservación es también una manifestación de la escoptofilia, que es, como lo piensan muchos analistas, como Fenichel, Strachey y otros, un derivado de los instintos orales. El paciente hipocondríaco que cité anteriormente, no sólo observaba sus síntomas corporales, que para él representaban objetos internos, con preocupación y suspicacia, sino también con sadismo. Mientras elaboraba los sentimientos de estar seguido por la preocupación o la tensión en su cabeza, tuvo un sueño, en que miraba por el ojo de una cerradura los pechos de una mujer joven y atractiva. Mientras miraba, bruscamente, los pechos cambiaron y se volvieron feos y marchitos. El paciente tuvo miedo y escapó, pero la mujer corrió tras él. Despertó del sueño con sensaciones hipocondríacas incrementadas en su cabeza y en otras partes del cuerpo. El paciente pensaba que la mujer del sueño se parecía a su madre. Otras asociaciones fueron con sueños anteriores donde habían aparecido mujeres parecidas a pechos; y observaciones que el analista parecía más

callado que de costumbre. Resultaba claro entonces que estábamos tratando aquí los ataques del paciente a los pechos de su madre, que sentía haber vaciado y secado por su mirar envidioso y sádico; como en la transferencia sentía que había acallado al analista. La hipocondría incrementada al despertar permitió mostrar al paciente que su ataque se estaba todavía produciendo dentro de él, y vincularlo a sus sensaciones y preocupaciones hipocondríacas.

Finalmente, quiero subrayar la importancia de elaborar el sistema defensivo hipocondríaco y las angustias subyacentes en la situación transferencial. Aun cuando la mayoría de los pacientes hipocondríacos parecen ser excesivamente resistentes y lentos para responder al tratamiento psicoanalítico. Sugiero que esto se debe a la necesidad del paciente de aferrarse a la hipocondría como defensa contra el estado confusional, y también a la fuerza de la envidia sádica-oral que juega un papel importante para causar una actitud de **resistencia persistente, negativa**, al tratamiento, no sólo en la hipocondría, sino en todos los trastornos donde una envidia excesiva juega un papel importante.

Quiero ahora traer brevemente algún material analítico del paciente hipocondríaco ya mencionado, para ilustrar la envidia sádica en la situación transferencial y mostrar su conexión con un síntoma hipocondríaco que podía comprenderse como representando al analista atacado y frustrado que había sido introyectado en el cuerpo. Además de la tensión en su cabeza, el paciente se quejaba de una presión severa en su pecho que encontraba igualmente insoportable. Durante todo su análisis, nunca habló mucho, pero en aquel período se había vuelto todavía más callado.

A menudo, el paciente quedaba recostado respirando pesadamente durante quince minutos. A veces decía que estaba aburrido e incapaz de encontrar satisfacción alguna en la vida, y que estaba preocupado por esta presión constante en su pecho. Pero cuando le di una interpretación, no respondió en absoluto; no dijo absolutamente nada. Por aquel tiempo, el paciente tuvo dos sueños que ayudaron considerablemente a superar la resistencia casi completa en el análisis. En el primero, se encontraba en mi consultorio. Yo, el analista, parecía deprimido y enloquecido por su falta de progreso. En mi desesperación, tomé un líquido que le hice penetrar en la cabeza. Después, miré dentro de sus ojos con un oftalmoscopio.

Aparentemente, vi que había ocurrido algún cambio dentro de él, porque parecía más satisfecho. Me miró todo el tiempo durante esta operación, y tan pronto como vio que parecía mejor, la presión en el pecho desapareció. Este sueño necesitó muchas semanas para ser elaborado, y en medio de esto tuvo otro sueño.

En este sueño, caminaba en la calle con un amigo suyo llamado Sidney. Quería visitar a alguien conocido de ambos, en un hospital. Preguntaba el camino a Sidney, pero con su horror y asombro, Sidney quedaba completamente callado; no quería de ningún modo ayudarlo a visitar a la persona que estaba enferma.

La conducta de Sidney en el sueño correspondía exactamente a la de mi paciente en las sesiones de análisis. Interpreté al paciente que Sidney representaba una parte de él, parte que lo asombraba y lo horrorizaba, porque la parte Sidney de él mismo se negaba a darme, a mí el analista, alguna ayuda para encontrar el acceso a las sensaciones físicas que lo perturbaban tanto. Cuando pregunté la razón de la conducta de Sidney en el sueño, el paciente entró voluntariamente a describir las características desagradables de Sidney, quien, en su opinión, le envidiaba al extremo y no quería proporcionarle ninguna información de negocio que pudiera resultarle útil. Estaba entonces en la posibilidad de interpretar a mi paciente que su conducta de falta de cooperación en el análisis se debía a la envidia que sentía de mí y de mi trabajo; lo relacioné con el primer sueño y le mostré que sentía que me deprimía y me enloquecía por su conducta envidiosa frustradora. Pude también mostrarle que su presión en el pecho se relacionaba directamente con el modo en que pensaba que yo, el analista, debía sentirme como resultado de su conducta frustradora. De hecho, me había internalizado como objeto frustrado y deprimido. El sueño llegó hasta decir que si yo, el analista, estuviera satisfecho, no más frustrado, el paciente estaría mejor.

Gradualmente, después de elaborar estos sueños, la conducta del paciente en el análisis cambió. Habló mucho más, y también respondió mucho más. Sin embargo, su hipocondría se incrementaba todavía, y sólo cedió marcadamente cuando un estado confusional agudo apareció en la situación transferencial, y pudo ser vivenciado plenamente por él en sus sentimientos. Por aquel período, en el análisis el estado confusional pudo ser elaborado sin internación.

CONCLUSIÓN

Quisiera enfatizar que la hipocondría crónica no puede ser considerada únicamente como un estado regresivo, sino como una defensa contra un estado confusional. El Yo parece incapaz de elaborar el estado confusional en el aparato psíquico. Proyecta el estado confusional, incluyendo los objetos internos y partes del self, como el sadismo, sobre objetos externos, que son inmediatamente reintroyectados en el cuerpo y en los órganos del cuerpo. De este modo, el Yo consigue clivar el estado confusional de la esfera psíquica y convertirlo en síntomas hipocondríacos. Los primeros impulsos sádicos, particularmente la envidia oral sádica, que es responsable del estado confusional, influyen constantemente la relación del paciente con los objetos externos e internos, y son un factor importante en la hipocondría.

Traducido por **Madeleine Baranger**.

BIBLIOGRAFÍA

FREUD, Sigmund (1911).— “Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia”.

----- (1914).— “On Narcissism (An Introduction)”.

KLEIN, Melanie (1932).— “Psychoanalysis of Children”.

----- (1934).— “A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States”. Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945.

----- (1952).— “Developments in Psycho-Analysis”.

----- (1957).— “Envy and Gratitude”.

ROSENFELD, Herbert (1950).— Note on the Psychopathology of Confusional States in Chronic Schizophrenia. “Int. J. Psycho-Anal.”, 31. SCHILDEE, Paul (1926).— “Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry”.

----- (1930).— The Neurasthenic Hypochondriac Character. “Medical Review of Reviews”.

----- (1936).— “The Image and Appearance of the Human Body”.

