

La hipocondría

Algunas consideraciones a propósito del análisis de un paciente hipocondríaco

Selika Acevedo de Menidilaharsu
(Montevideo)

La hipocondría, dice Meltzer (10), significa la experimentación de sensaciones orgánicas y/o trastornos de las funciones orgánicas que constituyen manifestaciones directas de las relaciones con los objetos internos. La hipocondría, agrega el mismo autor, representa en cierto sentido una defensa contra la experiencia de esa relación como acontecimiento mental.

Rosenfeld (13) consideró en la hipocondría crónica la función defensiva dirigida contra un estado confusional, a menudo de naturaleza esquizofrénica. Señaló que lo que no puede ser elaborado en el aparato psíquico es una mezcla de impulsos y objetos, libidinales y agresivos, que puede ser definida como un estado confusional.

Basándome en el material analítico de un paciente hipocondríaco he intentado estudiar, por un lado, la defensa hipocondríaca especialmente en su relación con otras defensas, lo que me ha llevado a sugerir una vinculación algo distinta a la sostenida hasta hora entre hipocondría y paranoia, y, por otro lado, investigar la estructura de los objetos internalizados que forman el núcleo confusional y cuyas relaciones conflictuales no pueden ser vividas en la mente.

El paciente, Marcos, es un profesional de 28 años que me es enviado por síntomas hipocondríacos. Había sido tratado previamente durante mucho tiempo con psicofármacos y en vista del fracaso de esta terapéutica se había encarado la posibilidad de tratamiento con electroshock que no llegó a realizarse. Sus síntomas databan de muchos años atrás y se centraban alrededor de sus preocupaciones por tener una tuberculosis, un cáncer de tubo

digestivo, sobre todo de estómago, y diversas enfermedades ganglionares. Se sometía continuamente a exámenes médicos, radiológicos y de laboratorio. La consulta a los médicos somatistas era casi diaria en el momento en que inició su análisis. La constelación familiar es muy enferma y tanto la madre como los dos hermanos menores estuvieron en varias oportunidades en tratamiento psiquiátrico.*

Teniendo en cuenta el desarrollo del análisis en el tiempo, la estructuración de la situación analítica en los distintos momentos y los caracteres de las ansiedades y defensas predominantemente en juego, dividí el curso general del tratamiento de mi paciente en tres etapas: hipocondríaca, paranoica y confusional.

En la primera etapa, la ansiedad es predominantemente hipocondríaca y la defensa hipocondríaca es la que actúa en un primer plano. Al clivaje del núcleo en el Yo corporal, se suma la defensa obsesiva de control del cuerpo siguiendo un ritual en forma de “revisaciones” obsesivas, palpación y observación del cuerpo frente a un espejo que termina con la visita al médico somatista y la realización de exámenes radiológicos y de laboratorio.

Cuando se logra progresivamente por la interpretación, atenuar el clivaje hipocondríaco, se instala una intensa situación persecutoria, la ansiedad es predominantemente paranoide, el perseguidor está desplazado afuera, en el objeto externo analista en la relación transferencial, la defensa obsesiva se desplaza del control del cuerpo al objeto externo y empieza a controlarme a mí como objeto peligroso. Esta etapa se caracteriza también por la intensidad del acting out: tiene incidentes diarios con los amigos, familiares y aun con desconocidos a quienes acusa y a quienes agrede de palabra y de hecho. El acting out en este momento tiene por principal función limitar la agresión en la relación transferencial y preservarla. Aparecen también en esta etapa mecanismos fóbicos de defensa y terrores nocturnos.

La tercera etapa, confusional, se manifiesta cuando tiene que hacerse la reintroyección de lo proyectado. La confusión surge en último término cuando el paciente debe asumir la parte destructiva y envidiosa de su self conteniendo los objetos dañados por su sadismo. Esta amenaza aniquilar su mundo interno y sus objetos buenos y de ahí los sucesivos intentos de reproyección en los

* El material clínico ha sido omitido por razones de discreción.

objetos externos y la intervención de otras múltiples y varias defensas.

Estos períodos o etapas no son estrictamente excluyentes entre sí, se trata más bien de una coexistencia en el tiempo con el predominio de uno u otro: por ejemplo, en la etapa paranoica aparecen episodios hipocondríacos y confusionales, existiendo una clara dominancia de la primera. La duración de estos períodos fue inicialmente de cuatro, tres y dos meses respectivamente, pero luego y debido posiblemente a la menor rigidez de las defensas, estos períodos se fueron acortando al punto de observarse en la misma sesión.

Se desprendería de esta secuencia evolutiva que la situación regresiva en el tratamiento, repite en sentido inverso las etapas de estructuración de la neurosis que han sido señaladas por Rosenfeld (13). Este autor considera que el Yo diva las angustias confusionales y las proyecta en el cuerpo, pero este clivaje, contrariamente a lo sostenido anteriormente por Schilder (14), no se produce dentro de los límites del Yo corporal, sino que se hace a través de una fase previa de proyección sobre los objetos externos, que son entonces inmediatamente reintroyectados en el cuerpo y en los órganos del cuerpo.

En el análisis y por efecto de la labor interpretativa, se desanda este camino que va ahora del cuerpo a la mente pasando por el objeto externo, en sentido inverso al anterior.

A continuación discutiremos los dos aspectos en los cuales está centrado este trabajo: A) el juego de las defensas; y B) la naturaleza de los objetos internalizados en la hipocondría del paciente.

A) EL JUEGO DE LAS DEFENSAS

En la primera etapa del análisis funciona fundamentalmente la defensa hipocondríaca en la forma descrita por Rosenfeld. Como ejemplo citaré un fragmento de una sesión de esa época: el paciente me habla de una parienta operada de un neoplasma de seno a quien se le practicó además una ovariectomía bilateral. “Es chocante, me ha dejado mal, una mujer aún joven.” Le interpreto en ese momento, el temor a la castración que vive conmigo y contesta confirmando: “No quisiera perder toda mi afectividad en el análisis” y en seguida interviene la defensa con la introyección del perseguidor en el cuerpo:

“Estos cigarrillos que estoy fumando son un tóxico, como explosivos, me están deshaciendo el pecho, ¡qué dolor siento en el pecho!” y tose.

En otro fragmento de sesión, antes de unas vacaciones, se observa también la introyección en el cuerpo de la analista dañada por sus continuos ataques: “Mi tío está enfermo y grave, tiene un cáncer. Ese problema me perturba, me he vuelto a revisar, temo por este ardor que siento en el estómago. Es un ser querido que se muere de a poco. Y el hijo, ¡qué va a ser de él!, tiene pocos amigos, es chico y se queda solo”. Le interpreto que ese tío enfermo me representa a mí, dañada por sus ataques y engaños de los días anteriores, pero que también es él, amenazado por mi venganza. El es también el hijo que está en peligro al quedarse solo en las vacaciones. Todos estos ataques se están produciendo dentro de él, por eso la necesidad de “revisarse” y controlar. Se observa aquí la dificultad en discriminar si ese tío-dañado-yo es bueno o perseguidor retaliador, mostrando así la confusión entre angustias depresivas y paranoides.

La persecución que vive conmigo y los ataques a mí, son negados conscientemente. Cuando le interpreto el desplazamiento de la situación persecutoria a situaciones externas, se hace clara la función de la defensa que evita vivenciar esa relación conflictual entre los objetos introyectados: “Si me acuerdo del estómago, ya no me importa de aquí, de usted, me olvido de todo, sólo me importa ese problema del estómago.., cuando no estoy preocupado por mi cuerpo, siento ese pozo negro que es mucho peor y al que le tengo miedo”.

El Yo por medio del clivaje en el cuerpo de un conjunto de objetos semidestruidos terroríficos logra evitar la desintegración y la psicosis y este proceso permite al Yo restante proseguir su evolución e integración. La defensa demostró en este caso ser bastante eficaz, ya que Marcos ha mantenido una vida social relativamente adaptada, ha podido terminar sus estudios y proseguir su análisis sin internación.

Otro aspecto que es importante destacar es la relación entre las defensas hipocondríaca y obsesiva, que se presentan aquí con caracteres muy similares a los descritos por Marta Nieto (12): “La defensa obsesiva se extiende como una envoltura sobre el clivaje anormal de la hipocondría y lo refuerza”.

Están aquí presentes distintos tipos de control del cuerpo señalados por

Marta Nieto (12):

- 1) De la superficie del cuerpo, la autoobservación frente a un espejo, la palpación obsesiva.
- 2) De la parte interna del cuerpo por medio de radiografías, exámenes de laboratorio, extracciones de sangre, etc. “Tengo todos los exámenes de laboratorio que me hice ayer, en el bolsillo, los miro y me veo por dentro, si pudiera controlar todo lo mío con un examen de sangre por mes”, expresa Marcos.
- 3) De los orificios corporales. Visita al oculista que le examina los ojos y le mira el fondo del ojo, al urólogo que explora su uretra, al proctólogo que le hace una rectosigmoidoscopia ,al especialista de vías digestivas que le propone una gastroscopia.

La autoobservación, dice Rosenfeld (13), cumple entre otras, la función de controlar el sadismo y mantenerlo fuera de la esfera psíquica. La autoobservación es también manifestación de la escoptofilia y un derivado de los instintos orales. El mirar, tiene en Marcos un significado ávido y envidioso, que le permite no sólo apropiarse de partes del objeto, sino también llenarlo de cosas destructivas. Es una de las maneras, dice Segal (15), en que opera la envidia, por la mirada proyectiva y penetrante, mirada perversa, evil-eye. Koolhaas (9) ha insistido en un paciente con una perturbación visual en la equivalencia ojo-boca-ano.

Es interesante señalar en este caso el significado masturbatorio de las revisiones obsesivas, la lucha contra las mismas es esencialmente la lucha contra la masturbación. Estas revisiones siguen un ritual, a veces de varias horas, y finalmente concluyen con la visita al médico. Todo el cuerpo en la hipocondría, dice Schilder (14), está erogeneizado por la libido narcisista y tratado como un órgano genital. El significado de búsqueda anal del pene y su incorporación final (con la visita al médico), lo reaseguran de la castración, por lo menos temporariamente. Estas revisiones tienen por fin, simultáneamente, el control del núcleo clivado en el cuerpo que lo amenaza con la castración y la búsqueda del pene que lo reasegura contra ésta.

Con el trabajo interpretativo se llega progresivamente, en Marcos, a la fragmentación del núcleo hipocondríaco y a lograr cierta discriminación, lo que

permite debilitar y levantar la defensa hipocondríaca. Entra en juego inmediatamente otro tipo de clivaje, la proyección del núcleo hipocondríaco, modificado en el objeto externo. En esta etapa hay un neto predominio de la ansiedad paranoide, lo que nos ha permitido denominar a este período paranoico. Pero si observamos más detenidamente el material de las sesiones y analizamos cuál es la relación de objeto existente en cada momento en que surge la ansiedad persecutoria en la transferencia, encontramos que no se trata del temor a un objeto malo perseguidor, sino del temor al ataque de un objeto dañado por el propio odio y agresión del paciente. El predominio de la ansiedad paranoide, en estos momentos, parece ser debida no sólo al carácter retaliador de este objeto, sino también al pasaje defensivo-regresivo a una situación esquizoparanoide para evitar vivenciar la ansiedad depresiva. Este último mecanismo es señalado por M. Klein (7) en una paciente con síntomas hipocondríacos: “Mientras predominaron las ansiedades paranoicas y prevaleció la ansiedad de sus malos objetos unidos, él sentía sólo ansiedades hipocondríacas por su propio cuerpo. Cuando la depresión y el dolor se instalaron, el amor y el interés por el objeto bueno se colocaron en primer plano y el contenido de ansiedad, así como todos los sentimientos y defensas, se alteraron. En este caso, así como en otros, he encontrado que los temores y sospechas paranoicas eran reforzadas como defensa frente a la posición depresiva que se sobreponía a ellos”.

La vinculación entre hipocondría y paranoia, señalada por Freud (3) y por tantos otros autores, podría entenderse así en una forma algo distinta a la sostenida clásicamente. La proyección del núcleo hipocondríaco sobre el objeto externo, se acompañaría de una modificación del objeto proyectado, debida no sólo al efecto de la labor interpretativa, sino a la adquisición de un carácter más intensamente perseguidor que oculta su condición de dañado y por lo tanto ambivalorado en el sentido de Wisdom.¹⁶ Si esta defensa es particularmente rígida y estable, el enfermo aparecerá como un paranoico durante un período más o menos largo de su vida o de su análisis.

La relación de la defensa hipocondriaca y de la defensa fóbica se ve también con claridad en la segunda etapa del análisis. En los terrores nocturnos aparece la figura combinada perseguidora, manejada fóbicamente, así como la búsqueda del objeto acompañante para mantener la disociación y evitar la confusión. El objeto muerto-vivo perseguidor está ahora colocado

afuera y el paciente se siente amenazado por la reintroyección que significaría la locura y la muerte. La pérdida de la disociación haría que el Yo se viera invadido por una ansiedad confusional. Garbarino (4) ha insistido en la relación entre fobia e hipocondría.

La ansiedad confusional aparece en el análisis de Marcos después de la etapa paranoica y es cronológicamente la más tardía.

Bleger (2) ha relacionado el problema de la confusión con la reintroyección del núcleo aglutinado. Afirma que la confusión no es una característica del núcleo aglutinado en sí, ya que este objeto no es un núcleo confuso sino fusionado: la confusión surge clínicamente con la reintroyección. Bleger (2) estudia los estados de confusión traducidos por mareos, obnubilación, perplejidad y suspenso, que se producen en el paciente cuando el núcleo aglutinado no suficientemente fragmentado es reintroyectado.

Klein (8) sostiene que durante el desarrollo surgen en condiciones normales estados de confusión. Igualmente, Rosenfeld (13) piensa que los sentimientos de confusión forman parte del desarrollo normal y constituyen un rasgo corriente en muchos estados patológicos. La envidia excesiva, los fuertes rasgos esquizoparanoicos y la identificación proyectiva e introyectiva, son los factores que para M. Klein (8) provocan la confusión, al impedir la distinción entre amor y odio y, por lo tanto, entre objeto bueno y malo. H. Segal (15) aclara este punto de vista diciendo que el proceso de clivaje entre un objeto persecutorio y uno idealizado, tan importante en la posición esquizoparanoica, no puede ser mantenido si la envidia excesiva ataca y estropea el objeto idealizado. Esto da lugar a que se confundan el objeto bueno y malo.

En nuestro paciente la confusión surge en el momento en que, por efecto del trabajo interpretativo, tiene lugar la reintroyección de lo proyectado. El núcleo hipocondríaco, primero ubicado en el cuerpo y posteriormente manejado proyectiva-mente, ha sufrido un comienzo de fragmentación y discriminación que hace posible la reintroyección. El paciente empieza a aceptarlo como parte suya, pero se confunde, no solamente porque reintroyecta objetos todavía muy confusos, sino porque el Yo restante y los objetos buenos se ven amenazados por los objetos semidestruídos, el intenso sadismo y la envidia ligados al núcleo hipocondríaco. Por eso la vivencia de locura aparece repetidamente en el material de Marcos durante ese período.

El objeto hipocondríaco, debido precisamente a las características mencionadas, es reintroyectado con suma dificultad y lentitud: la defensa utilizada una y otra vez es la inmediata re-proyección, como puede observarse en el material.

M. Garbarino (5) ha señalado en un paciente la confusión que se origina cuando reintroyecta lo disociado y no puede ya diferenciar las pulsiones libidinales de las agresivas.

Las defensas utilizadas en la hipocondría permiten clivar la parte más envidiosa y sádica del self en el cuerpo, pero hay siempre, como lo ha señalado Rosenfeld (13), un remanente de sadismo. En nuestro paciente la intensa avidez oral y la envidia hacen intervenir otras defensas que han sido particularmente estudiadas por M. Klein (8) y Segal (15): desvalorización del objeto envidiado (el analista en la relación transferencial), la proyección de la envidia en otros, la idealización de un objeto creado por él y la identificación con el mismo (su carrera), son mecanismos que le permiten sea liberarse de la envidia, sea causar envidia en otros asumiendo una autoimagen idealizada.

Con la misma función actúa un tipo de relación parasitaria con el analista [Mendilaharsu (11)] que implica el uso de mecanismos masivos de identificación proyectiva e introyectiva y de mecanismos maníacos de negación de la realidad psíquica y corporal. La confusión entre el self y el objeto, la falta de límites, es una consecuencia del proceso defensivo que tiene por fin evitar la envidia que originaría la situación real (desvalidez, vaciamiento, dependencia frente al objeto vivido como repleto y saciado).

La intervención de estas defensas hace que Marcos pueda, durante un largo período de su análisis, negar conscientemente la hostilidad y el odio a pesar de la intensidad del mismo inferida del material analítico.

A todas estas formas de clivaje del Yo que están actuando en los procesos defensivos, agregamos por último el que interviene en las numerosas fantasías perversas que existen en este paciente y que implica también un intento de discriminación del objeto confuso. Volveremos sobre esto en el capítulo siguiente.

B) SOBRE LA ESTRUCTURA DEL NUCLEO HIPOCONDRIACO Y LA NATURALEZA

DE LOS OBJETOS INTROYECTADOS

M. Klein (6), en “Primeros estadios del conflicto de Edipo y de la formación del Super Yo”, dice lo siguiente: “La proyección de su terrorífico Super Yo sobre los objetos aumenta en el individuo su odio a esos objetos y así también su temor a ellos, resultando que si la ansiedad y la agresión son excesivas... se siente amenazado de persecución, tanto del mundo externo como de sus enemigos introyectados. . . Tratará de eludir el miedo de los enemigos externos poniendo fuera de acción sus mecanismos de proyección y esto a su vez evitará que se produzca una introyección posterior de objetos... Estará aterrado de ser atacado y dañado por un enemigo interno del que no podrá escapar. Un temor de esta clase es quizás una de las fuentes más profundas de la hipocondría”.

Y en “Psicogénesis de los estados maníaco depresivos” (7), agrega: “. . . los síntomas hipocondríacos que en forma de fantasía son el resultado de los ataques de los objetos malos internos dentro del individuo contra el Yo, son típicamente paranoides. Los síntomas que se derivan, por otra parte, de los ataques de los malos objetos internos y del ello contra los buenos, es decir, una guerra interna en la que el Yo se identifica con los objetos buenos, son típicamente depresivos.

Concluimos de la lectura del primer trabajo de M. Klein (6), que los objetos introyectados en la hipocondría son objetos parciales de la posición esquizoparanoide; pero en el segundo trabajo (7) establece dos categorías de objetos internalizados: perseguidores y dañados, y por consiguiente, objetos parciales y totales (ambivalorados).

Rosenfeld (13) estudió la estructura de los objetos en los estados confusionales. Caracterizó el estado confusional de la hipocondría crónica, como una dificultad en el paciente para diferenciar entre el self y los objetos, entre los buenos y malos objetos, entre impulsos homo y heterosexuales, y particularmente entre angustias depresivas y paranoides. Siguiendo a M. Klein (8) cree que la envidia oral, corolario del sadismo oral, impide a menudo el clivaje normal entre los buenos y malos objetos y aparece, como consecuencia, la inhabilidad para sentir separadamente culpa y persecución.

Los objetos introyectados en el cuerpo son, según Rosenfeld (13), una

mezcla de objetos parciales y totales, perseguidores y dañados.

Bleger (2) considera que la hipocondría corresponde a la patología del núcleo aglutinado. Este no es más que la parte psicótica de la personalidad, cuya característica fundamental reside en que en él no hay discriminación entre el Yo y no-Yo, entre los distintos componentes o identificaciones de distintas experiencias, entre objeto bueno y malo, así como tampoco entre las distintas fases (oral, anal, genital).

El núcleo aglutinado es, para Bleger (2), el resultado de una aglomeración de múltiples identificaciones primarias no discriminadas ni estratificadas. No se caracteriza por la confusión, sino por la fusión de los elementos integrantes (la confusión aparece cuando el núcleo aglutinado ha invadido el Yo más integrado). Genéticamente es un remanente de una primitiva organización glischro-cárica anterior a la posición esquizoparanoide.

El núcleo hipocondríaco en el paciente que estudiamos, aparece formado por una mezcla heterogénea de objetos parciales y totales [en el sentido espacial de Wisdom (16)] que tienen la característica común de ser objetos semidestruidos. No son pues, los perseguidores absolutos de la posición esquizoparanoide, sino objetos ambivalorados y en una relación con el Yo que va desde

un tipo persecutorio terrorífico primitivo (que lo acerca mucho a la relación de objeto de la posición esquizoparanoide) hasta niveles más netamente depresivos. La madre fálica, la pareja combinada, la madre destripada, destruida interiormente, el pecho devorador destruido, la mezcla de objetos parciales destruidos y de productos, son todos objetos temidos, dañados en mayor o menor grado, pero siempre retaliadores y fuente de persecución y de culpa. El núcleo hipocondríaco aparece así formado por partes vivas y muertas del Yo y de los objetos, pero más perseguidoras y más fragmentadas que el objeto muerto-vivo de W. Baranger (1).

El lugar más relevante dentro de estos objetos está ocupado por la pareja edípica fusionada con partes del Yo del paciente que se pone claramente de manifiesto en numerosos sueños y en el contenido de los terrores nocturnos. El carácter moribundo de estos objetos nos impide colocar su génesis en una fase anterior a la esquizoparanoide. En esto se diferenciaría del núcleo aglutinado de Bleger (2), que, según ya vimos, es un remanente de una organización de la personalidad anterior a la posición esquizoparanoide. En cambio, otros

aspectos del núcleo aglutinado se pueden aplicar muy exactamente al núcleo hipocondríaco de nuestro paciente, en especial el lugar preferencial que tiene en él la indiscriminación de los objetos edípicos primitivos y la envidia. M. Klein (8) ha señalado que la incapacidad para desenredar la relación hacia una u otra de las figuras parentales, desempeña un papel importante en los estados de grave confusión.

Los objetos semidestruidos que constituyen el núcleo hipocondríaco del paciente, son consecuencia de la intensa envidia oral sádica y del modo en que fueron internalizados por los fenómenos de identificación proyectiva sádica y de introyección canibalística.

Un intento de elaboración de este núcleo se expresa en las fantasías perversas. Creemos que la escena primaria confusa que está en la base de las vivencias perversas, es un objeto algo más elaborado que la pareja edípica del núcleo hipocondríaco y donde ya ha sido posible una discriminación de roles: el padre sádico-objeto perseguidor con el cual se identifica el Yo del paciente y la madre víctima masoquista violada-dañada, colocada afuera, en otro, conjuntamente con el propio masoquismo del paciente. La situación perversa sirve así de defensa contra el núcleo confusional. En este caso, la relación entre perversión y defensa hipocondríaca, sería una relación secundaria ya que ambas defensas estarían actuando contra un núcleo confusional.

Finalmente, queremos señalar la existencia de un objeto internalizado, profundamente idealizado, pecho inagotable y pene potente con el cual está identificado el Yo del paciente:

su carrera. Por poseer ese objeto maravilloso, **creado por él**, se siente la fuente de vida, de alimento y de poder. H. Segal (15) ha indicado la función defensiva de los objetos de esta índole contra la envidia. Este objeto estaría en la base de las relaciones narcisistas que Marcos mantiene con sus objetos externos y que se manifiestan obviamente en la situación analítica.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En base al material de un enfermo hipocondríaco se estudia, por un lado, la defensa hipocondríaca y su relación con otras defensas, y por otro lado, la estructura de los objetos internalizados que forman el núcleo confusional y

cuyas relaciones conflictuales no pueden ser vividas en la mente.

Se divide el curso general del análisis en tres etapas: hipocondríaca, paranoica y confusional. Se supone, de acuerdo a esta secuencia evolutiva, que en el tratamiento analítico se desanda el camino señalado por Rosenfeld (13) en la estructuración de la neurosis hipocondríaca (mente-objeto externo-cuerpo).

En la primera etapa se estudia el funcionamiento de la defensa hipocondríaca y su relación con la defensa obsesiva.

En la segunda etapa se señala la importancia de las angustias paranoides. Se les interpreta en función no sólo de la modificación del objeto hipocondríaco proyectado en el objeto externo, sino de la regresión defensiva a una etapa esquizoparanoide para evitar vivenciar ansiedades depresivas. La vinculación entre hipocondría y paranoia es así entendida en una *forma* algo distinta a la clásica.

La tercera etapa confusional se considera vinculada a la reintroyección de lo proyectado. El núcleo hipocondríaco, primero ubicado en el cuerpo, luego manejado proyectivamente, ha llegado, gracias al trabajo interpretativo, a cierto grado de fragmentación y discriminación que permite la reintroyección. La confusión se manifiesta clínicamente, no sólo porque el núcleo reintroyectado es aún confuso, sino porque los objetos semidestruidos que lo forman y la intensa envidia ligada a ellos, amenazan destruir los objetos buenos y aniquilar el Yo del paciente.

El objeto hipocondríaco, en este paciente, aparece formado por una mezcla heterogénea de objetos parciales y totales [en el sentido espacial de Wisdom (16)] que tienen la característica común de ser objetos semidestruidos. Son partes vivas y muertas del Yo y de los objetos, pero más intensamente perseguidoras y fragmentadas que el objeto muerto-vivo de W. Baranger (1). En este núcleo se destaca la pareja edípica confusa unida con partes del Yo del paciente. El carácter moribundo de este objeto nos impide colocar su génesis en una fase anterior a la esquizoparanoide, lo que lo diferencia del núcleo aglutinado de Bleger (2).

Se destaca la intensidad de la envidia oral sádica del paciente y los múltiples mecanismos de defensa, empleados contra la misma.

Las fantasías perversas son interpretadas, en este caso, como una defensa frente al núcleo confusional. Se plantea el interrogante si una relación

secundaria entre perversión y paranoia, actuando ambas como defensas frente a un núcleo confusional, pueda estar en juego en otros casos de perversiones.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Based on the material of a hypochondriac, the hypochondriacal defence and its relation with other defences and the structure of the internalised objects that form the confusional nucleus, whose conflictual relations cannot be lived in the mind, are studied

The general course of the analysis is divided into three stages: hypochondriacal, paranoid and confusional. It is supposed, according to this sequence of evolution, that in the analytical treatment one goes back on the way shown by Rosenfeld in the structure of hypochondriacal neurosis (mind-object-externalbody).

In the first stage the functioning of the hypochondriacal defence is studied together with its relation with the obsessive defence.

In the second stage the importance of paranoid anxieties is pointed out. They are interpreted according, not only to the **modification** of the hypochondriacal object projected in the external object, but also according to the defensive regression to a schizoparanoic stage to avoid experiencing depressive anxieties. The link between hypochondriasis and paranoia is then understood in a rather different way from the classical one.

The third confusional stage is considered as linked to the reintroduction of what is projected. The hypochondriacal nucleus, localized first in the body, then, handled projectively, has reached, through the interpretation, certain grade of fragmentation and discrimination which permits reintroduction. The confusion is manifested clinically, not only because the reintroduced object is still confused, but also because the partially-destroyed objects that form part of it and the intense jealousy linked to them, threaten to destroy the good objects and annihilate the Ego of the patient.

The hypochondriacal object, in this patient, appears formed by a heterogeneous mixture of objects both partial and total (in Wisdom's spacial sense) that have the common characteristic of being partially-destroyed objects. They are live and dead parts of the Ego and of the objects, but more intensely persecutory and fragmented than the half dead-half alive object described by W. Baranger. In this nucleus the oedipic couple is emphasised united to parts of the patient's Ego. The dying character of this object does not allow us to place its genesis in an earlier stage than the schizoparanoic one, which differentiates

it from the agglutinated nucleus described by Bleger.

The intensity of the patient's oral sadistic jealousy is emphasised and the multiple mechanisms of defense employed against same.

The perverse fantasies are interpreted, in this case, as a defence from the confusional nucleus. The following question then arises: whether a secondary relation between perversion and paranoia, acting both as defences against a confusional nucleus, can come into the picture in other cases of perversions.

BIBLIOGRAFIA

1. BARANGER, W.— El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y en los estados depresivos. "Rev. Urug. de Psic.", 4: 586; 1961-62.
2. BLEGER, J.— Simbiosis. Estudio de la parte psicótica de la personalidad. "Rev. Urug. de Psic.", 4: 127; 1964.
3. FREUD, S.— "La nerviosidad común en Introducción a la Psicoanálisis". S. Rueda, Buenos Aires, 1953.
4. GARBARINO, H.— Nacimiento, confusión y fobias. "Rev. Urug. de Psic.", 5: 251; 1963.
5. GARBABINO, M. F. de.— Disociación y confusión: evolución del mecanismo disociativo y surgimiento de estados confusionales en el momento de la reintroyección. "Rev. Urug. de Psic.", 4: 417; 1961-62.
6. KLEIN, M.— "Primeros estadios del conflicto de Edipo y de la formación del super-yo en Psicoanálisis de nidos". El Ateneo, Buenos Aires, 1948.
7. KLEIN, M.— Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. "Rev. Arg. de Psic.", 4: 508; 1936.
8. KLEIN, M.— "Envidia y gratitud". En "Las emociones básicas del hombre". Nova, Buenos Aires, 1960.

9. KOOLHAAS, G.— Psicoanálisis de una perturbación visual. “Rev. Urug. de Psic.”, 1952.
10. MELTZER, D.— “Significación de los fenómenos hipocondríacos en el método kleiniano de análisis de nidos”. Conferencia dictada en Buenos Aires.
11. MENDILAHARSU, C.— Vínculo simbiótico-parasitario e identidad. “Rev. Urug. de Psic.”. 6: 127;1964.
12. NIETO, M.— Mecanismos obsesivos y defensa hipocondriaca. Rev. Urug. de Psic.’, 6: 429; 1964.
13. ROSENFELD, H.— Algunas consideraciones sobre la psicopatología de los estados hipocondríacos. “Rev. Urug. de Psic.”, 5: 410 1963.
14. SCHILDER, P.— “Imagen y aparición del cuerpo humano”. Paidós, Buenos Aires,1958.
15. SEGAL, H.— “Introduction to the work of Melaie Klein’. Heineman London,1964.
16. WISDOM, J. O.— Comparación y desarrollo de las teorías psicoanalíticas de la melancolía. “Rev. Urug. de Psic.” , 5: 167; 1963.