

FOULKES, EDUARDO:

FOTOCOPIA
 31 C. ENCA.
 CLÍNICA DE ADULTOS
 SF —
 155 D/F 4

SUMISIÓN Y CONSISTENCIA DEL DISCURSO:
HIPOCONDRIA Y FENÓMENO PSICOSOMÁTICO.
PRIMERA PARTE

A partir de los desarrollos de Freud acerca del discurso histérico, el hipocondríaco y el psicossomático, Eduardo Foulkes, psicoanalista afincado en Madrid, analiza las implicaciones del discurso hipocondríaco frente a la escucha psicoanalítica y afirma la relación entre este trastorno y el narcisismo.

Dada la extensión del texto, éste se ha dividido en dos partes. La segunda aparecerá en el próximo número.

Afectación del cuerpo y afectación de la palabra:

“Hoy ando un poco mejor doctor, pero es inútil. Me parece a mí que estos dolores no tienen arreglo. Cuando más me molesta es por la noche, al ponerme de costado en la cama, o cuando me pongo a cocinar, que además del dolor, siento los brazos como cuerdas rígidas, como si estuvieran acalambradas. Tomo como usted me indicó, una cápsula de “Sinartrin” combinado con “Escotrin” por la mañana y luego lo repito antes de acostarme. ¡Ay doctor, qué quiere que le diga. Las primeras semanas parecía que todo iba mejor, pero ayer ya empezaron de nuevo las molestias, y hoy precisamente que tenía que venir a verlo, me siento como el día que vine por primera vez.”

No es menester ser psicoanalista para darse cuenta que algo, en la persona que así habla queda sentenciado. Ese algo del sujeto que sostiene esa queja, se hunde con ella. Se trata de la alteridad del terapeuta, de cualquier dato sobre la atención que éste podría brindar a lo que no sea esa queja, esa demanda reducida a padecimiento corporal. Podría ser también, por ejemplo algo de otro ajeno al ser simplemente una oreja para su queja y que podría interesarle. Quedan excluidos una pregunta, un querer saber sobre quién la recibe. A lo mejor con sus comentarios corporales, luego de un cierto recorrido por ellos, se irá despertando de ese “ensimismamiento” que le impide considerar la otredad del otro y lentamente aceptar su presencia mas allá de la escucha del sufrimiento de su cuerpo.

Frente al hipocondríaco no hay que ser médico para ingresar en el discurso médico, ya que si se es psicoanalista, por el simple hecho de escuchar ese padecimiento corporal que se le dirige, uno será licenciado en medicina inmediatamente. Por ello su argumento es irrefutable, ya que no requiere réplica alguna, y se realiza por el simple hecho de formularse. La natural defensa ante el dolor y el sufrimiento, le exculpan de ser acusado de goce alguno. Su cuerpo lo reclama porque le hace sufrir, y este pretexto constituye el corazón del discurso médico.

Si alguien tiene la paciencia de escucharlo y seguir con algún comentario promoviendo ese discurso, podrá comprobar que en un momento determinado, ese discurso se detiene, se agota. Como si al ser proferido, ese discurso en sí mismo alcanzaría la satisfacción en un punto determinado. Pero puede renovarse al poco tiempo. Retorna, y con él el hipocondríaco volverá al ataque contra la libido de objeto, diría Freud. Como vuelven el apetito, el escozor o la fantasía megalomaniaca.

Quienes solemos ser solicitados profesionalmente por este tipo de discurso corporal somos testigos de un acontecimiento “psicofisiológico” paradigmático. La

1

categoría de la falta que este discurso pone en juego es del orden de la privación. Apunta claramente hacia ella y no se equivoca. Pero se trata de un espejismo. No existe una carencia real del cuerpo que anteceda a su comunicación. La falta existe en la medida en que ha sido previamente enunciada desde el "Gran Otro" del que habla Lacan. Al enunciarla para un semejante, - incluso sería mejor decir para un "escuchante" -, alcanza por ese medio su resolución, porque no precisamente pertenece al orden de una falta real de un objeto simbolizado previamente, sino de una falta imaginaria de un objeto real, lo que está más próximo a la categoría de la falta que se juega en la frustración. Aquí, esa falta imaginaria (un daño de ese objeto real que es el cuerpo) intenta ser trocada por una privación. Y la privación es el campo donde domina el discurso médico. El hipocondríaco se hace oír imperativa, inapelablemente. Busca que el otro se convierta en un receptor pasivo, un "objeto-escucha". Y escuchando, el otro es dejado fuera de combate.

El hipocondríaco se dedica las veinticuatro horas del día a esto, cada vez que se cruza con alguien. En cambio cuando se encuentra solo, sus molestias no se realizan como objeto de una satisfacción robada al otro. No existe la palabra de otro cuerpo que deja la escucha inerte, indefensa, y cuando reacciona ya es demasiado tarde. El servicio ya ha tenido lugar. El goce exhibicionista camuflado se ha realizado una vez más, ante la indefensión de la oreja siempre sorprendida del semejante. Intentamos penetrar más a fondo en este particular discurso.

El hipocondríaco, y nos referimos aquí a la hipocondría neurótica, no perdería ese goce real en la consulta de un analista, si éste no se percatara de que se las ve con un artesano de la pulsión invocante. Oírse haciéndole oír su queja. Penetrar la escucha del otro y ser penetrado en la escucha de esa intrusión, de esa satisfacción invocante robada al oído del otro. Pero entonces, ¿qué es lo que demanda el hipocondríaco?. He aquí la particularidad de la demanda que articula con su consulta. Pide doble. Pide por un lado que otro lo escuche y pide por el otro, para que ese otro no se sienta interpelado. Fulmina de un solo golpe el goce del investimento de objeto del semejante y pulveriza la huella en él del deseo. Pero todo empieza y termina en su cuerpo. ¿Autoerotismo, como diría Freud en su *Introducción al Narcisismo*?. No, nuestra tesis será que nos enfrentamos a un trastorno narcisístico y lo afirmamos a partir de la diferencia ente autoerotismo y narcisismo, que estableciera Freud, y que ya otras veces hemos utilizado.

Al mismo tiempo es posible enfrentar ese doble pedido con otra demanda contrapuesta. Porque, ¿cómo explicamos sino, que de todas maneras percibimos en el hipocondríaco la esperanza secreta de que su pedido de fármaco sea denegado?. Demanda desde el narcisismo por un lado y desde la libido de objeto por el otro, para decirlo en la terminología freudiana.

Por otra parte el filósofo del saber médico nos interpreta en nuestro deseo de analistas, porque frente a él el silencio deja de ser una metonimia del deseo del analista, para transformarse en motivo de goce del paciente. El hipocondríaco supone desde su impotencia que el analista permanece en silencio. Por su parte, el hipocondríaco ya ha dado en la diana al expresar su queja. Por el solo hecho de empezar la sesión con su lamento, el hipocondríaco pone fuera de combate al analista.

Cuerpo y palabra en la transferencia

La palabra del analizante es un cuerpo que delimita el borde libidinal del analista, y eso ya actúa desde la entrevista preliminar. La transferencia es por lo tanto el campo en el que el cuerpo se deja oír. Y a su vez, la transferencia es, en sí misma el cuerpo del

tratamiento. El cuerpo libidinal es lo que la palabra permite investir y convertir en imaginario del cuerpo anatómico, y es también la letra y el fonema del nombre propio. Más radicalmente, en la transferencia, es la palabra no dicha por el analista, es decir la regla de abstinencia, lo que va conformando un cuerpo mas allá de la demanda, cuerpo por lo tanto consagrado a un deseo enigmático.

Sin embargo ese cuerpo erótico, libidinal tiene dos bordes: el borde libidinal y el borde anatómico. Desde el borde libidinal experimenta la pulsión y el objeto parcial, pero desde esa experiencia se recorta también un borde en el que comienza lo orgánico, lo real no simbolizado del cuerpo. Nos lo enseña el histérico, cuando llevado por su dificultad de volver imaginario lo corporal, la boca besante le aparece como el extremo superior del tubo digestivo. Sin estos bordes de lo simbólico y lo real, la sexualidad corporal no se realizaría imaginariamente en el ser hablante. Pero el borde simbólico tropieza con el Gran Otro y el borde real con el desecho orgánico, es decir con el cadáver y la descomposición. De manera que el cuerpo se experimenta como propio allí donde se nos descompone y lo percibimos como ajeno, allí donde las palabras lo configuran para nuestra mirada. El sujeto entonces construye su cuerpo erótico sobre su cuerpo orgánico con la piel de la palabra que viene del otro. Freud fue el primero en señalar esta discursividad del cuerpo, ese eco de un decir que denominamos pulsión. Con él se indica lo que deberíamos calificar de "diagnóstico discursivo": un diagnóstico por el discurso.

El cuerpo es siempre un síntoma para el hablante. Es síntoma de la desnaturalización biológica del deseo y es sintomático de todas esas distintas formas de relación que guardan el significante y el cuerpo. El goce, el pánico, el deseo, el estupor, el miedo y la muerte, forman las letras fundamentales del abecedario de esa relación. Si el discurso es la carne de los síntomas corporales, debemos pensar que es posible identificar los síntomas por el discurso. En cada uno de esos ropajes corporales del síntoma, éste se dice de manera diferente. En el comienzo del caso Elizabeth de R., Freud diferencia tres de esos discursos con relación con el padecimiento corporal. Los podemos resumir de la siguiente manera:

1. El discurso histérico, definido como una desarmonía entre el gesto y el relato, la paciente habla por ejemplo de su dolor, al tiempo que expresa en su rostro y en su cuerpo un gesto de placer. Se vuelve ostensible que "el gesto concuerda mejor, nos dice Freud, con el contenido de los pensamientos escondidos".
2. El discurso hipocondríaco, aquí todavía denominado por Freud, neurasténico y en el que el sujeto se esfuerza por describir sus sufrimientos corporales. Y al abocarse a ello, siempre experimenta que "el lenguaje es demasiado pobre para prestarle palabras a sus sensaciones". Rechaza o corrige las recomendaciones del médico para sus dolores. Sus padecimientos son incurables.
3. El discurso psicósomático, caracterizado aquí como enfermedad orgánica, se caracteriza por su parquedad y precisión descriptiva. La enfermedad es una palabra inabordable que nada tiene que ver con la subjetividad.

Esos tres discursos del padecimiento corporal representan un desequilibrio de la triple nominación. Estos tres discursos abordados por Freud, representan tres formas de anudamiento corporal (a las que también sería posible referir las tres estructuras clínicas básicas), atribuibles a desequilibrios de la denominación corporal, inherentes a cada discurso. El predominio de uno de los polos denominativos sobre los otros dos estaría en el origen de estos tres discursos.

Si el cuerpo erógeno debe ser entonces nombrado y todo síntoma es una suerte de denominación, en el interior del discurso esa denominación requiere un condicionamiento lingüístico singular para poder establecer los distintos tipos de discurso. El condicionamiento histérico es el más conocido. Se trata de un discurso altamente simbólico (en el sentido de metafórico), que se ofrece a la interpretación. Del discurso hipocondríaco y psicossomático se ha hablado menos pero ahí están al alcance de nuestra mano. Si un cuerpo es abusivamente mencionado a través de frases reiterativas, fatigantes y termina evadiendo su dimensión indeterminada para constituirse en sufrimiento estatuario, se estará indudablemente ante un discurso hipocondríaco. Si el discurso corporal, en referencia a su padecimiento, se hace telegráfico y preciso, frío y distante, lo calificaremos de discurso psicossomático. Tres estilos descriptivos sustancialmente que sólo comparten al cuerpo como significante pero no así su significación. Al revés de la histeria, el discurso hipocondríaco y el discurso psicossomático se dirigen al médico antes que al psicoanalista. An ambos casos se apela a la medicalización, pero en la hipocondría, el medicamento es elevado a la potencia de objeto fetiche, mientras que el psicossomático sólo se trata del símbolo de un saber para un sujeto ignorante. Sin embargo, es en la hipocondría donde se vuelve más monstruosa la sustitución de la enfermedad del ser por el ser de la enfermedad, para parafrasear a Leriche cuando distinguía la enfermedad del enfermo y la enfermedad del médico. En el hipocondríaco, permanente medicalizador de la demanda, se trata de aportar su enfermedad a una consulta, en la que da por descontado que podrá acorrallar al médico en su saber sobre la patología. Una buena definición de la "tecnomedicina" podría ser: aquello que pretende curar la enfermedad del ser. Muy lejos queda, en el mundo de la medicina, la figura del médico de cabecera, que, por no tener muchas veces otra cosa que ofrecer que su escucha, atendía la relación del enfermo con su enfermedad. Desde luego, él se entrapa menos con el hipocondríaco, de lo que lo hacen los discípulos de la "tecnomedicina" y del sanitarismo militante. No hay que olvidar a Claude Bernard cuando recomendaba al médico que sino le puede agregar días a la vida, sí puede agregar vida a los días.

En la transferencia con el hipocondríaco, el cuerpo representa tanto el punto de ataque en su relación con el "otro tachado" como el lugar por donde debe empezar el contraataque del analista. Encontrará que es imprescindible recorrer las distintas formas a través de las cuales el sujeto deseante se somete al imperialismo corporal narcisista. El resultado es que para el establecimiento de la "neurosis de transferencia", la palabra, al sufrir una especie de revisión por la cual pierde "su" cuerpo, pasa a servir de sutura para los cortes del deseo, con lo cual clausura y condena el deseo del analista, como veremos mas adelante.

Esa mutua implicación de la letra, es decir, de aquello que guarda como una marca indeleble el fantasma de la transferencia, constituye en cierto modo el cuerpo de la transferencia. En la hipocondría, esa letra aparece como letra muerta con la finalidad de no poder ser entendida por el otro. Escritura del cuerpo como superficie cerrada que niega la inscripción de la transferencia.

Si la palabra es lo que permite que tengamos un cuerpo, en lugar de que lo seamos, no basta con practicar el lenguaje para "tenerlo bien". Porque el cuerpo es o bien una palabra para el otro omnipotente y esa misma omnipotencia anula en él la dimensión del deseo, o bien se dirige al "otro tachado", que le hace retomar la pulsión tras cada palabra. Finalmente, será la propia palabra del sujeto, que siempre viene del otro, lo que irá cortando y conformando los bordes de su cuerpo. En esta particular dolencia, nunca mejor dicho, el conflicto psíquico del que siempre nos habla Freud es sustituido por un dolor

moral y físico. El sujeto dispone de una coartada para sustraerse transitoriamente de su *afanisis*, al unificarse como idea sufriente y cuerpo en sufrimiento.

No es éste el sufrimiento corporal del psicósomático. Ajeno a él, exiliado de su psiquismo y de su subjetividad, su cuerpo enfermo permanece ajeno a los avatares de la transferencia. Precisamente, toda la estrategia del análisis consistirá en hacer corresponder sufrimiento del cuerpo y transferencia: *histerificación* del síntoma. No hay por lo tanto aquí un uso desviado de la palabra, sino silencio corporal en la palabra y en el cuerpo mismo de la palabra. Ni las ideas sufren por el malestar del cuerpo, ni el cuerpo sufriente es puesto en palabras. Por lo mismo, la impotencia del deseo del analista también aquí será manifiesta, sólo que esa exclusión de la *afanisis* no depende de una fantasía del sujeto.

La transferencia como órgano y cuerpo del análisis se ve afectada en estas dos expresiones clínicas, en nada asimilables, por una común neutralización de ese agente de la transferencia analítica que es el deseo del analista. En un caso su deseo es sometido a la amenaza de su alienación y en el otro su deseo es inoperante, separado de su estirpe significante, en un punto de sutura real –que no imaginaria– de los bordes de la *afanisis*. Tratemos de indagar un poco más en esta articulación del cuerpo con la transferencia en función de una diferencia de discurso.

Intuición del Dr. Morales

A la Sra. Ana Isabel no le habrá probablemente indiferente el apellido del nuevo médico recomendado desde su entorno, luego de innumerables sugerencias sobre el posible tratamiento de sus molestias. Cuando se dirigía hacia su consulta, se decía que le gustaría encontrar un médico que finalmente acertara y pusiera fin a su sufrimiento. Por momentos se siente profundamente desengañada de esa profesión. Ha pasado por tantas manos de médicos que ha perdido la fe. Y sin embargo es una profesión que admira y que le atrae.

Cuando el Dr. Morales la vio por primera vez, rápidamente dedujo que se encontraba ante una neurótica hipocondríaca, diagnóstico que le sugirió el discurso de la paciente al relatarle exhaustiva y pormenorizadamente la larga lista de médicos y medicamentos que había recorrido, buscando una curación para su impreciso y antojadizo reuma articular. Morales en el acto decidió el camino a seguir. No le indicaría ningún medicamento por el momento como si ya no quedara nada nuevo por experimentar. Le prometería que sin embargo estudiaría el caso, y a la visita siguiente le daría un ansiolítico asociado a un antirreumático, pero sin mostrar mayor confianza en el resultado. Morales comprobó con placer que su vanidad, a diferencia de otros médicos, no había sido afectada. Su estrategia le procuró un éxito espectacular, al decir de su paciente.

Cuando unos meses después ésta le dijo, con cierto aire de reproche que había tenido que interrumpir la medicación por trastornos colaterales, le recomendó que visitara un gastroenterólogo para que le indicara un medicamento que pudiera tolerar con lo cual se la quitó de encima. El gastroenterólogo fue más al meollo de la cuestión. Si Morales astutamente detectara la potencia, frente a la hipocondría, del no demostrar un optimismo precoz en el tratamiento, el gastroenterólogo supo escuchar lo que Morales no quiso, advertido de los atolladeros en los que el saber médico puede incurrir al dejarse llevar antes por la referencia orgánica que del discurso mismo. Ojalá la medicina tomara nota de este gastroenterólogo cuyo nombre no podemos citar ya que solicitó que no lo hiciéramos. Sin dudarle, luego de conocer el padecimiento estomacal actual de la paciente y tras oír la historia y los antecedentes de su enfermedad, no vaciló en suspender todo medicamento

hasta saber la opinión de un compañero de facultad que hacía psicoanálisis. Tiempo después se enteró que la mujer había cambiado sustancialmente. Según le comentó el psicoanalista, la paciente ya no hacía girar su discurso alrededor de su padecimiento. Sus palabras se habían liberado de esa sumisión. Ahora estaban al servicio de una demanda de amor insaciable.

¿En qué consistía esa sumisión de su palabra a la enfermedad, a su cuerpo como enfermo?. En primer lugar, el gastroenterólogo supo percibir que se encontraba ante una paciente que desaparecía como persona tras su enfermedad. Nosotros diríamos más bien que se trataba de una alienación de la enfermedad del ser en el ser de la enfermedad. En segundo lugar y correlativamente con lo anterior, al proceder de este modo, nuestro colega remontaba la sumisión del sujeto al reinstaurar la primicia de la enfermedad del enfermo sobre la enfermedad de la medicina, campo este último al que ha quedado relegado en la actualidad el discurso médico.

Discurso médico e hipocondría

El discurso médico es fundamentalmente hipocondríaco y con toda posibilidad la hipocondría precede a la historia de la medicina. Al menos si el hipocondríaco origina el deseo de saber sobre la enfermedad al proponerse como lo incurable. Como nos lo recuerda Jean Clavreul, la medicación es la puesta en juego del saber universitario en la boca del médico. El hipocondríaco sabe sobre ese saber. Por lo demás siempre tiene a mano un diccionario de medicina.

No es real, como sustenta Freud, que el hipocondríaco rechaza y cuestiona inicialmente el diagnóstico. Más bien, cuando le llega, parece confortarlo y por lo tanto, el rechazo del saber médico es aparente. A él le preocupa sólo una cosa: que su sufrimiento pueda agotarse, extinguirse. Esas palabras de las que nos habla Freud y que le faltan al hipocondríaco para expresar su sufrimiento, lejos de indicar, como dice Serge André, un defecto de simbolización de su cuerpo, no son más que la expresión de una sola y misma cosa: la búsqueda de una legislación biológica de la falta. Por ello requiere que su falta convertida en enfermedad no se cure, para poder así seguir hablando de ella y haciéndola existir. Cuando esta legislación biológica de la falta recae sobre el propio cuerpo se es hipocondríaco y cuando recae sobre el semejante se es médico. Pero en verdad son sólo diferencias posicionales de un mismo discurso: el estudiante de medicina casi deberá extraer su vocación de su hipocondría.

El hipocondríaco entonces no deja nunca de hablar de su enfermedad, interpretando cada vez al médico, ya que en el fondo siempre es el mismo aunque cambie de nombre y consulta por un nuevo tratamiento, por un nuevo medicamento fetiche. Y la historia es interminable porque existe un punto implícito entre ambos términos del discurso: exclusión del sujeto de la enunciación y neutralización operativa del deseo.

Pero este "cuerpo a cuerpo" del hipocondríaco y su médico, en su lucha común por la biologización del deseo, en la medida que remite la demanda al tiempo de la necesidad, levanta la sospecha de una genealogía materna del discurso médico. La cuestión no es secundaria, porque se trata de responder ni más ni menos al sistema energetista de Freud del estancamiento de la libido autoerótica lo que ya François Perrier en parte hace, al reformular esa idea como un estancamiento del deseo. Yo me propongo continuar esa interrogación, en la medida en que es menester también que Freud establece la diferencia entre un investimento libidinal autoerótico y un investimento narcisista. Entiendo que es necesario diferenciar el narcisismo del yo del autoerotismo del ego, entendiéndolo éste

como un lugar abierto en el psiquismo por el goce, precursor del yo, pero a diferencia de éste, faltante de ese acto constituyente de la subjetividad y del "sí mismo". Lacan nos advierte que en el autoerotismo lo que falla es ese "auto", porque el sujeto se encuentra en una situación en que se falta a sí mismo de cabo a rabo.

Me es ahora posible postular que la exigencia narcisista del hipocondríaco es la de resguardar al yo del deseo. Y aquí debemos atender a la hipocondría por François Perrier a una patología originaria de la madre. Para el caso, madres melancólicas. En mi opinión, esa participación determinante de la madre se juega en la renegación de su castración, que opera el hijo. Cuestión por tanto de la significación fálica. Es como si en el propio cuerpo, el hipocondríaco dispusiera de la llave de la prisión en la cual mantiene prisionero al deseo materno. Y si el médico remite a la madre es porque él trata de privilegiar la parte maternal del discurso médico. Para la madre escondida en ese discurso se erige un padecimiento corporal que el hipocondríaco utiliza como "rasgo unario" para el goce del otro el que encuentra así obturado la apertura al deseo.

Tal vez de esa madre prisionera se culpabiliza el hipocondríaco. Es probable que aquí resida el resorte de esa extrema culpabilización ante la masturbación que él experimenta. Él se masturba huyendo de la angustia de su culpabilización y al finalizar, de la mano del orgasmo, vuelve la culpabilización. Entonces, se masturba porque se culpabiliza y se culpabiliza porque se masturba. Incluso, considero atinado plantear la masturbación misma como el orgasmo enfermo del hipocondríaco, ya que es la expresión de su culpabilización por haber confinado el deseo materno. Manifestación, entonces de su acuso de recibo de la falta del otro.

De este modo, encontraremos en la hipocondría una sumisión del sujeto al discurso de la enfermedad. El hipocondríaco se somete a la realización parcial de su cuerpo para salvarse de la incompletitud de su totalidad corporal, totalidad que siempre viene desde la falta del otro, lugar donde el cuerpo del ser hablante debe ser constituido. Pero la parte que salva de la castración del todo, no desempeña el mismo papel que la parte enferma del psicósomático. Mientras el hipocondríaco se aferra a una parte de su cuerpo para resguardarse de la falta del otro, el psicósomático es aspirado en una parte de su cuerpo por la satisfacción pulsional del otro. En un caso, una parte del cuerpo sirve para defenderse del deseo del otro; en el otro, en una parte de su cuerpo al sujeto le es sustraído el deseo. El hipocondríaco ejecuta el discurso de sumisión del sujeto por partida doble cuando se somete al ser de la enfermedad, en donde persigue la garantía de la continuidad de su padecimiento, y cuando huyendo de la exterioridad del deseo se somete a la tiranía del "objeto a", ese propio cuerpo enfermo, nunca mejor dicho.

Anulación del deseo y deseo clausurado

Nos parece que hubiéramos introducido una cuña más que suficiente entre ambas afecciones como para permitirnos ir al núcleo de la cuestión. ¿Es el mismo cuerpo el que se encuentra afectado en el reumatismo terminal de una prolongada hipocondría, que el reumatismo consecuente a una colagenopatía idiopática? Se trata en ambos casos del mismo sistema del cuerpo real y de una, si no idéntica, similar patología. Si hemos despejado una diferencia innegable entre ambos discursos, nos falta aún refrendar esa diferencia en una lectura de ese real corporal psicoanalítico que es la libido y el goce. Pero partiremos por plantear de entrada un cuestionamiento a la consideración freudiana del estancamiento de la libido yoica en la hipocondría y la enfermedad orgánica. Si embargo, lejos de apartar la libido y su estancamiento, interrogando esa relación, se nos hará posible

llegar a una reformulación del estancamiento de la libido mediante un estancamiento del deseo.

Cuando uno somete el esquema energético biologicista de la libido al esquema de la influencia generadora del significante, ocurren cosas curiosas. Lo que permanecía en la oscuridad del determinismo fisiológico sexual, se transforma en ligaduras que permitirán una elaboración de la descarga por la acción del significante sobre el cuerpo. El significante propone un tejido asociativo que entretiene la descarga, o, mejor aún, que viene a sustituir la satisfacción o descarga, a través de la acción específica. Pero cuando el goce queda implicado en la cadena significativa, lo hace al precio de dividir al sujeto entre un anhelo de la satisfacción perdida y la necesidad de su falta.

El hipocondríaco somete su discurso al cuerpo y el psicossomático le da una consistencia orgánica. El histérico, siguiendo este ordenamiento freudiano, hace de su cuerpo una metáfora. Pero entre el discurso hipocondríaco y el discurso psicossomático reside la mayor dificultad para establecer la diferencia que respete rigurosamente los distingos establecidos por Freud. Bien es verdad que en los tres casos se trata de diferenciaciones discursivas artificiales, y en la realidad será harto difícil encontrara esa pureza del discurso que posibilita un diagnóstico del mismo. Así se encontrarán histéricas que han hecho una úlcera, fobias hipocondríacas o delirios hipocondríacos y toda la gama de la clínica psicoanalítica que a la vez puede padecer fenómenos psicossomáticos.

Sin embargo Freud acierta en formalizar esos discursos del padecimiento corporal en esas tres direcciones. La diferenciación de los discursos hipocondríacos y psicossomáticos, tal como viene de ser ilustrada al comienzo, requieren una teoría de la relación del significante con el cuerpo de un sujeto que justifique esa diferenciación. En el sujeto histérico, esa relación no sólo ha sido la más indagada, sino que se la debe considerar como un síntoma de salud de lo que prefiero denominar "falla somático - significativa". En cambio la hipocondría o el fenómeno psicossomático sería más bien síntoma de una falla de esa "falla".

Me explico: el narcisismo adherido a la imagen especular recibe del corte significativo la inscripción de una falla. Solemos denominarla *afanisis*, división del sujeto, castración primordial, etcétera. Se trata en realidad de una modificación fundamental introducida por el significante en el organismo. La "ligadura psíquica" de la que nos habla Freud no es ninguna metáfora.

El deseo del analista es inoperante si no existe por parte del analizante una pregunta como la de Mefisto en "El diablo enamorado": "¿Ché vuoi?". El hipocondríaco se presenta como alguien a quien la posición de su cuerpo le impide articular esa demanda. Porque su queja es su objeto "a", y su discurso una zona erógena. De ahí que el simple hecho de hacer oír su queja lo satisfaga. Pero el otro puede rehusar la oreja. El hipocondríaco vive entonces también bajo la permanente amenaza del deseo, del que trata de resguardarse, pasando siempre la falta al cuerpo propio, y luego haciendo que esa falta exprese la carencia de un bien, la salud, que por otro lado no espera con demasiada ansia.