

El lenguaje silencioso de los padecimientos psicosomáticos

SARA DWECK

En la práctica clínica cada vez son más los casos de niños que acuden a pedir ayuda por algún problema psicosomático (asma, dermatitis, colitis, etc.). En muchas ocasiones tales síntomas son el motivo de consulta, pero en otras el paciente acude por alguna otra razón, sin tener conocimiento de que es en el espacio terapéutico donde deberá trabajar con ese padecimiento, a veces creen que es el médico la única autoridad quien debería tratar estos malestares.

La investigación de estos padecimientos permitirá una mayor claridad diagnóstica, no con el objetivo de etiquetar al paciente, sino para tratar de obtener un conocimiento más amplio y profundo del fenómeno psicosomático, desde el punto de vista de su etiología, su psicodinámica y la naturaleza de la relación que existe entre mente y cuerpo a nivel individual, familiar y social.

Hablar del lenguaje silencioso de los padecimientos psicosomáticos implica una invitación a entrar a un campo muy extenso y apasionante a la vez, se trata de iniciar un camino al lado de nuestros pacientes, paso a paso, entendiendo su dolor, tanto físico como mental. Debemos convertirnos en la parte contenedora de angustias tan terribles y primitivas, que no pueden ser expresadas por la vía del lenguaje verbal, sino mediante uno que prescinde de las palabras y se manifiesta en el cuerpo, como un grito ahogado, un sollozo interrumpido, un puño apretado y paralizado por el coraje o una lágrima que sale a la superficie a través de la piel. Así nos convertimos también en los decodificadores de esas sensaciones no representadas dentro de la fantasía del paciente, lo que involucra recorrer junto a la persona aquellos lugares insólitos, solitarios, huecos y llenos de espinas que han permanecido inaccesibles para ella misma.

Pienso que cuando los padecimientos psicosomáticos se manifiestan en etapas avanzadas del desarrollo, si han existido en la historia del paciente abandonos por parte del objeto, ya sean reales o fantaseados, en etapas muy tempranas, la persona experimenta una tendencia regresiva hacia aquellos estadios donde la simbolización es incipiente debido al nivel tan primitivo de desarrollo *yoico* con que cuenta el bebé, quien aún no puede hacer uso del lenguaje verbal, sino únicamente de sensaciones corporales que quedan fijas como huellas mnémicas desagradables. Más tarde, cuando estos pacientes se ven aquejados por síntomas psicosomáticos, parece haber una relación entre ellos y una pérdida importante en su vida actual. Sin embargo, esta ausencia presente nos remite a las primeras pérdidas padecidas cuando el bebé se sentía desvalido, desprotegido y con mucho miedo a enloquecer o perecer, que tentativamente ocurrieron entre los tres los seis meses de edad, pues durante este periodo los procesos de pensamiento no se encuentran todavía bien integrados ni se ha desarrollado el lenguaje verbal.

Una de las circunstancias que observo dentro de la clínica es que estos pacientes muestran grandes dificultades con su tratamiento, debido a sus limitaciones para simbolizar y a una pronunciada labilidad afectiva que los impulsa a negar que sus síntomas se

relacionen con problemas psicológicos; regularmente prefieren atribuirlos a situaciones externas como alergias, mal funcionamiento orgánico, etc. Sin embargo, llama mi atención que durante la terapia refieren como factor desencadenante de su padecimiento alguna situación altamente estresante, que los lleva a deprimirse y que tiene que ver generalmente con situaciones de pérdida real o fantaseada. Es por ello que me pregunto: ¿Estará asociada la pérdida actual con alguna otra mucho más temprana, de objeto, y con las causas que desencadenaron una alteración en su facultad de simbolización y su expresión a nivel emocional e intelectual, que deriva a su vez en una incapacidad para nombrar y ponerle palabras al síntoma?

Varios autores coinciden en que el origen de tal funcionamiento simbólico deficiente tiene que ver con un trastorno materno-infantil, aunque cada uno de ellos sitúa el conflicto dentro de diferentes etapas o posiciones del desarrollo. Para Freud, el problema corresponde a la etapa oral: el bebé se encuentra en un estado *yoico* primitivo en donde el yo es sólo un yo corporal. Para Spitz, se ubica en el período de transición, entre la etapa preobjetal y la etapa precursora del objeto, más o menos a los seis meses de edad. Para Mahler la regresión del padecimiento remitiría a la fase simbiótica del desarrollo. A partir de Klein, el trastorno se sitúa casi al final de la posición esquizo-paranoide donde el yo y la relación con los objetos permanecen escindidos. Winnicott considera que ocurre inmediatamente antes de la fase de integración y personificación. Finalmente, para Bion el problema se ubica en las funciones beta del pensamiento, donde los elementos beta únicamente corresponden a las sensaciones y no a las palabras. Como se puede observar, todas estas fases del desarrollo corresponden a lapsos muy primitivos, sin embargo, podría suponerse que están situados en estado de evolución más avanzado que el de los trastornos psicóticos, por ello se dice que los padecimientos psicosomáticos son el negativo de las psicosis. Mientras que los trastornos conversivos, en cambio, pertenecen al nivel de desarrollo más avanzado.

Desde mi punto de vista y con base en las observaciones de este tipo de pacientes, incluyendo enfermos de cáncer, considero que posiblemente la función más importante que posee el síntoma psicosomático es la de ocupar el lugar del objeto perdido; el órgano enfermo podría quizás representar al objeto malo abandonador y persecutorio. La persona es incapaz de poder simbolizar ese vacío y por eso también se encuentra alterada su capacidad afectiva. A este respecto, Liberman comenta que existe en el paciente psicosomático un área de la personalidad que se expresa por medio de un código visceral: en el órgano afectado estaría contenido un vínculo tiranizante con objetos parciales que el yo nunca consiguió simbolizar. Se observan dos constelaciones vinculares patógenas como puntos de fijación complementarios: un fracaso en el establecimiento de la simbiosis evolutiva normal, según Mahler, y una sobreadaptación a la falla ambiental. El fracaso simbiótico deriva de las interacciones entre una madre con incapacidad para contener, aceptar, detectar y poner nombre a las emociones de un bebé muy sensible que polariza tempranamente su atención en el estado del objeto. Posteriormente ocurre una personificación e individuación ante la conducta familiar que resulta sobre-exigente, que connota una pérdida de sostén: el bebé se sobre-adapta con mecanismos defensivos de control y aislamiento, estableciendo una disociación de sus emociones y necesidades. Con

este contexto de fondo, se suscita el fracaso en la organización del aparato simbólico del individuo, que se traducirá en inscripciones corporales y espacio-temporales defectuosas. El cuerpo será convertido en el portador de experiencias frustrantes, de emociones no registradas que privilegian como medio fallido de expresión al código visceral. Durante la adultez, esta desconexión mental con la interioridad corporal y emocional se manifiesta en el descuido con el que tratan a su propio cuerpo, junto con una actitud frente a la vida que se rige por el lema del deber ser, por la necesidad de sobreponerse con voluntad a todas las dificultades.

Por otra parte, considero que el tratamiento de estos trastornos debería enfocarse multidisciplinariamente, ya que debe abarcar las tres esferas que integran al ser humano: me refiero al abordaje biopsicosocial. Dentro de la esfera biológica se propone un tratamiento médico que ayude durante las crisis agudas; el método psicoanalítico buscaría que el paciente tome contacto con la parte enferma de su cuerpo, primero a través de sus sensaciones e imágenes, para que después le sea posible canalizar sus impulsos de una forma más adecuada, lo que conseguirá gracias a la contención de su dolor mental y al apoyo que le facilite llenar ese vacío creativamente, independizarse y verbalizar sus emociones a través de la transferencia. En cuanto al estrato social, creo que resulta de gran provecho la terapia familiar, porque, en el caso de los niños, existe una simbiosis no resuelta: el síntoma funciona como un pegamento adhesivo entre el niño, su madre y los demás miembros de su núcleo. De igual manera ocurre en el tratamiento con adultos.

Minuchin, en sus estudios realizados con familias, postula siete maneras de interacción cuya presencia establece el diagnóstico de una familia psicósomática: 1) aglutinación, 2) sobreprotección parental, 3) actitudes y opiniones de gran rigidez, 4) negación del problema familiar, 5) falta de capacidad para resolver los problemas de autonomía, 6) el juego de los niños es ritualizado y/o impulsivo y 7) ansiedad excesiva.

Cuando estos pacientes aprenden a comunicarse con ellos mismos y con sus órganos afectados, tienden a ser más benévolos y a reconciliarse con sus objetos, con su cuerpo y con el mundo que los rodea. Presentaré a continuación el caso de un niño de siete años y ocho meses, al que llamaré Lalo; de forma resumida hablaré acerca de su tratamiento que tuvo lugar durante tres años, con sesiones tres veces por semana: Lalo fue traído por su mamá a consulta debido a que presentaba un cuadro de dermatitis atópica muy severo. En la primera sesión, entró al consultorio y me enseñó su piel con llagas en brazos y piernas, que sangraba y supuraba un líquido transparente mientras platicábamos.

El pequeño se rascaba la piel, por lo que sangraba aún más, me decía: *“Me pica, pero aunque me rasque no se me quita, me pica desde muy adentro”*. El médico le había recetado un medicamento que lo tranquilizaba y le ayudaba a disminuir la comezón, sin embargo, ningún medicamento de los que le habían prescrito lograba quitarle la picazón: *“Me pica, me rasco, me sangra, me duele, a veces la pastilla hace que me quede dormido, pero me despierta el ardor y la comezón. Quisiera arrancarme la piel para que ya no me duela”*. Me pregunta si yo le voy a dar una pomada para aliviar el ardor y le expliqué que yo no daba pomadas ni pastillas, le dije que yo trabajaba con los sentimientos de tristeza, de enojo, de celos, de miedo de los niños, le dije que yo pensaba que esa picazón tenía que ver con algo de las cosas que él sentía y pensaba que no podía decir, a lo cual me contestó: *“Claro que*

no, mi piel no piensa”, me miró con incredulidad y me dijo: “¿Entonces tú no das pomadas para que se me quite la comezón? Mi mamá me dijo que tú me ayudarías”. Contesté que era precisamente lo que estaba tratando de hacer: “Tu piel te duele pero yo creo que también hay cosas que te duelen en tu vida, tienes mucho miedo de creermelo, porque por un lado desconfías que yo pueda ayudarte sin pomada de tubito, y por el otro me pides que yo pueda hacerlo rápido. Una parte tuya no cree en mí porque piensas que la gente te ha fallado y no te entiende, piensas que yo no sé todo lo que a ti te pasa y cómo te duele”, a lo cual respondió: “No, no sabes; claro que no sabes lo que es ir al hospital y que te amarren las manos y que te duerman para no rascarte”, mientras decía esto, Lalo se veía enojado, impotente y desesperanzado. Entonces comenté: “Quizás sea bueno que te des la oportunidad de ver si yo te puedo ayudar, dado que la piel te sigue picando a pesar de todas las pomadas que te han dado” y después de un silencio me dijo: “Ok, ¿cuándo empezamos?”. Durante esta sesión Lalo se veía triste, hablaba pero sin emoción, con un tono de voz monótono, muy bajo y pausado.

En la entrevista con su madre, ella refiere que su hijo fue deseado, mas no planeado. Es el segundo de tres hermanos, el mayor es cuatro años más grande que él y el más pequeño nació cuando mi paciente tenía cinco. Entre su hermano mayor y él, la madre sufrió varios abortos espontáneos, por lo que pensó que ya no quería tener más hijos. Al recibir la noticia del embarazo de Lalo pensó en abortarlo, debido a que se encontraba en un momento muy difícil de su vida y consideraba que no era el momento para tener un hijo, pues su esposo se había quedado sin trabajo y su padre estaba próximo a morir a causa de una enfermedad degenerativa en los músculos, fue precisamente él quien la convenció de tener al bebé: *“No abortes porque no quiero que te quedes sola”*.

La abuela materna había muerto debido a una aneurisma seis meses antes de que enfermara el abuelo. Gaby, la mamá de Lalo, era muy apegada a sus padres, durante todo el embarazo tuvo temor a deprimirse al dar a luz, tal como ocurrió: la depresión posparto le duró dos meses. Cuando el bebé cumplió diez meses de edad, Gaby se fue con su esposo al sepelio de su cuñada, a otro estado de la república y permanecieron ahí durante una semana, mientras que tanto su hijo mayor como Lalo, se quedaron en México en la casa de una amiga de ella, a pesar de que no era alguien a quien él y su hermano frecuentaban mucho. Al tercer día de la ausencia de los padres, Lalo se negaba a comer, a dormir, tuvo altas fiebres y diarrea, al grado que lo hospitalizaron porque tenía signos de deshidratación. Gaby monitoreaba por teléfono la salud de su hijo, pues su amiga le comentó que no era nada grave: *“Sólo un día o dos con suero y ya”*. Cuando la madre regresa del viaje comenta que Lalo era otro niño: no la saludó y, cuando ella lo quiso cargar, el niño se aferró a la blusa de la muchacha que lo estaba cargando. A partir de ahí observó que su hijo se volvió muy llorón, berrinchudo, empezó a comportarse con “mamitis”, al grado de no poder ir al baño solo; ella se desesperaba y lo regañaba amenazándolo con volverse a ir.

Según la madre, Lalo nació por cesárea, debido a que tenía el cordón umbilical enredado en el cuello, pesó al nacer dos kilos y seiscientos gramos. Gaby lo amamantó solamente durante un mes, ya que no tenía suficiente leche y el chiquito lloraba mucho, pues no se llenaba. El destete se hizo de forma repentina, el bebé seguía llorando y ella no entendía si eran cólicos, si la leche le estaba haciendo daño o existía otra razón. En la

entrevista, Paco, su padre, comentó que él pensaba que su hijo tenía una alergia a algún contenido de la leche, pues en algunas ocasiones el bebé evacuaba con sangre, sin que hubiera alguna fórmula que le cayera bien. Paco tuvo que viajar a España a comprar una leche especial para niños alérgicos que solo vendían allá. Él lo describió como un niño distante, quejumbroso, angustiado, poco platicador, enojón, inteligente y sensible. La madre lo describe como un niño bueno, conformista –acepta lo poco que le pueden dar sus hermanos y amigos–, distante, sensible, etc.; añade que Lalo es un “*buen hijo*”.

Lalo consiguió el control de sus esfínteres, según la madre, a la edad de un año y medio, gateó a los seis meses y caminó al año. Empezó a hablar a los tres años, antes señalaba con el dedo las cosas que quería, como veces no le entendían, se desesperaba; un día comenzó a hablar de repente. Con relación a su sexualidad, desde muy chico le gustaba jugar con su pene durante casi todo el día. Entró a una guardería a los dos años, pues le habían ofrecido a su madre un muy buen trabajo, con el cual había soñado toda su vida: aparecer en la televisión y ser vista por todos. Durante el primer mes en la guardería Lalo lloró mucho todo el tiempo (lo dejaban a las siete de la mañana y lo recogían a las seis de la tarde), habían pasado tres semanas cuando empezaron a salirle unas ronchitas en la piel, que se fueron agravando cada vez más. La directora sugirió sacarlo por un tiempo, Gaby sintió entonces mucho remordimiento por haberlo dejado para irse a trabajar y, según Paco, empezó a sobreprotegerlo para compensar la culpa. A la edad de tres años y medio ingresó a la escuela, era poco amiguelo, a veces lloraba porque no quería ir, argumentando dolor de estómago. La dermatitis empezó a aparecer cada vez con más frecuencia, el pediatra comentó que podría ser una alergia al polvo, por lo cual se cambiaron de casa; el cambio ocasionó otro brote severo en su piel. Tiempo después hubo una excursión escolar a la cual Lalo no quería asistir, al llegar al campamento apareció un nuevo brote y sus padres tuvieron que recogerlo, en este entonces su hermano menor recién había nacido.

Tales son los antecedentes con los que llega Lalo a mi consultorio. Las primeras sesiones transcurrieron en un clima muy denso: para él no era nada fácil hacer conexiones entre su mundo interno y el externo, no toleraba mis interpretaciones. A veces dibujaba personas viendo de perfil, nunca de frente, que mostraban los dientes, frecuentemente me decía que traían un impermeable o abrigo, porque estaba lloviendo y hacía frío, en algunas ocasiones incluso llevaban guantes y botas de esquimal. El pequeño parecía inmerso en su propio mundo, daba la impresión de estar dentro de una burbuja de jabón, aislado, pero con el temor constante de que esa burbuja pudiera romperse y lo dejara expuesto en carne viva sin impermeable, ni abrigo, ni guantes a un dolor sin palabras. No me dejaba entrar a su mundo, el cual percibía como muy frágil.

A veces tuve la sensación de que Lalo sólo quería estar en el consultorio sentado, viéndome y esperando oír mi voz. Mi intención en esos encuentros era únicamente establecer un nexo, un hilo conductor que él pudiera captar o aprehender; supuse que era importante para él el tiempo que permanecíamos juntos. Al principio los horarios no eran a la misma hora, es decir, cada día tenía su propio horario, por lo que resolví verlo los lunes, miércoles y viernes a las 4:30 de la tarde, pues el paciente me decía: “*¿Entonces no te voy a ver pasado mañana igual que hoy?*” Por alguna razón necesitaba saber que existía un día y una hora específica, en las que era seguro que yo estaría ahí. Una vez me preguntó si vivía

dentro del consultorio, le pregunté por qué creía éso y me dijo que porque siempre estaba yo ahí y pensaba que mi casa era la otra puerta que tengo a lado del consultorio. Considero que los encuentros constantes le fueron dando una sensación de estructura firme y fija, a diferencia de las primeras sesiones, en las que salía a la sala de espera para ver si estaba su mamá. Al terminar las sesiones lloraba porque no se quería ir, me pedía algo del consultorio –un animalito, una goma, el sacapuntas, etc.– para asegurarse de que me volvería a ver después del período de vacaciones. Cerca de unas vacaciones de Semana Santa me dijo que sus papás planeaban ir a visitar a unos familiares que vivían en un lugar de la provincia y que él no quería ir, pues no le gustaba dejar su casa porque podrían venir unos ladrones y llevarse sus cosas: su ropa, su tele, su pelota. Preguntó también si en vacaciones el policía que cuida el edificio del consultorio estaría allí, yo le mencioné que él tenía mucho miedo a quedar abandonado, sentía muchas angustias y no encontraba palabras para decir lo que sentía, que era como estar sin pomada para anestesiarse sus dolores.

Según Liberman, la tarea más importante del analista es la decodificación de las emociones que el paciente intenta disociar o evacuar. Podemos observar que Lalo sí habla de un tipo de dolor, pero es concreto y sólo se refiere al cuerpo, a la lesión de sus heridas físicas; le cuesta mucho trabajo pensar que su cuerpo y su mente están unidos. Liberman señala que las emociones intensas de estos niños quedan plasmadas en actitudes corporales y no elaboran representaciones simbólicas que formen un lazo mediante el cual puedan relacionar cada emoción con distintos vínculos, en diferentes espacios y tiempos. En algunas ocasiones estos pequeños pueden representar su miedo con un dolor de estómago, ganas de orinar o defecar, etc. Es fundamental trabajar con la estructuración *yoica* y la calidad de los vínculos que establece el paciente, no solamente con sus síntomas psicosomáticos. En el caso de Lalo es necesario ir armando con él su mundo interno, sus afectos. Son niños con poca capacidad para fantasear o para evocar sus recuerdos, no logran jugar creativamente, porque su imaginación y sentido del humor son exigüos.

Liberman agrega que la relación que establecen estos pacientes con el analista es formal, obediente, pero de poca cercanía y participación afectiva; es un momento privilegiado en el análisis cuando empiezan a tener un juego impulsivo, espontáneo, como una modalidad evacuativa, en este tipo de juegos predominan las actividades de ensuciar, mojar, arrojar objetos, etc.: el juego expulsivo, significa para el chico una ruptura con la situación simbiótica. Me da la impresión que Lalo al principio en vez de jugar, me mostraba sus lesiones porque ocupan un lugar muy específico en su mente, como si se tratara de la concentración de sus impulsos libidinales y agresivos aglutinados en su piel. Pienso que el rascarse tanto y lesionarse de esa manera podría representar hasta cierto punto una erotización de tipo sado-masoquista, ya que ni con la pastilla dejaba de sentir ardor.

Piera Aulagnier comenta que es importante proveer al niño de palabras para que pueda metabolizar sus emociones. Dolto señala que en estos casos se sufre en el cuerpo aquello que no se puede expresar, de manera que es como un llamado otro, quien no responde.

Conozco otros niños con padecimientos psicosomáticos que tienen una modalidad diferente de funcionamiento mental, no siempre con una patología tan grave y regresiva como la de Lalo. Hay pacientes cuyo deterioro en su capacidad de simbolización es menor, debido quizás a que su patología no se encuentra en etapas tan tempranas de su desarrollo

o porque son niños que tienen una maduración afectiva más sólida, o tal vez tuvieron a su lado objetos que los libraron de caer en sensaciones tan terroríficas. Me parece que son numerosas las formas como se manifiestan los padecimientos psicosomáticos y diversos los grados de su gravedad.

No es lo mismo un síntoma psicosomático que un trastorno psicosomático. El primero tiene que ver con los diferentes grados como la estructura mental tolera emociones que no pueden ser digeridas en ese momento, en tanto que la persona no tiene la capacidad para canalizarlas. El trastorno psicosomático se refiere más bien a una ausencia de objeto muy primitiva, además de la falta de herramientas para estructurar sensaciones, emociones y pensamientos. Concluyo aquí mis reflexiones sobre los padecimientos psicosomáticos, aunque pienso que todavía resta mucho de qué hablar y discutir sobre el tema, puesto que son muy diversas las corrientes psicoanalíticas y teorías difundidas al respecto.