

Diálogos clínicos entre analistas: Experiencias con pacientes psicósomáticos

ANA MARÍA WIENER

Durante el curso de esta exposición tengo el deseo de explicarles de manera introductoria cuáles fueron los orígenes del interés por las enfermedades corporales dentro del psicoanálisis, con el objetivo de establecer las bases tanto teóricas como históricas que permitan construir el mensaje que pretendo transmitirles en esta ocasión.

Descartes apuntó a la enorme importancia que tiene el conocimiento para la civilización occidental en cuanto a su valor práctico, pues pensó que es el elemento indispensable para que el ser humano se conduzca en la vida, ya que, como él mismo lo dijo: *“Basta pensar bien para actuar bien”*. De esta forma señaló el camino a los hombres de su época para que trascendieran aquella era de oscuridad, donde los ejes para comprender al mundo giraban en torno a la magia y la superstición. Este filósofo instauró un sistema teórico sustentado en la razón, como una directriz que hace posible el conocimiento, el cual a su vez eleva a la ciencia al rango de la sabiduría. Sin embargo y a pesar de que Descartes mismo consideró que mente y cuerpo son una unidad, las propuestas de este fundador de la filosofía moderna devinieron en los principios mediante los cuales se creó una disciplina médica que terminó por consolidarse como la única y verdadera autoridad capaz de dar explicación a las perturbaciones corporales. A partir de entonces, se estudiaron los cuerpos físicos como entidades mecánicas, desprovistas de sustrato emocional y, posteriormente, la mente humana como una realidad incorpórea (Weiner, 2008: 485).

Pero gracias al avance que en época más actual se consigue por medio de la evolución de los métodos de entendimiento, los fenómenos psíquicos son vistos como situaciones mucho más complejas, dignas de estudiarse desde múltiples perspectivas. Así, lo psicósomático se desprendió del reducido enfoque médico que hasta entonces únicamente observaba cuerpos, órganos y tejidos enfermos: hoy se sabe que cuando ocurre una enfermedad están involucrados muchos otros factores como el ambiental, el social y el psicológico, además de los aspectos genéticos y biológicos que se continúan investigando. Este enfoque más amplio le proporcionó al estudio de las enfermedades físicas un matiz más humano y cercano a la entera realidad de su naturaleza. La hipótesis fundamental que se propone ahora es que las influencias emocionales juegan un papel importante tanto en el origen y recurrencia, como en el proceso de deterioro o evolución de las condiciones psicósomáticas. Las diversas ramas y escuelas psicoanalíticas aceptan de manera general el carácter multifactorial de las manifestaciones somáticas.

Si bien dentro de los escritos freudianos no encontraremos algún texto dedicado específicamente al concepto de lo psicósomático, a sus diferentes expresiones y causas, ciertamente una preocupación se halla presente en todo momento por referirse a la evidente relación establecida entre la psique y el cuerpo. Es así como lo podemos observar en la obra *Proyecto por una psicología científica* (1950) o cuando este autor mencionó en

1923 que "*el yo es primero y fundamentalmente un yo corporal*". Freud diferenció, además, con notable claridad que los síntomas conversivos que padecían algunos pacientes son distintos de aquellos cuya naturaleza remite más bien a lo hipocondríaco o lo psicósomático. El día de ayer tuvimos oportunidad de participar en la presentación de la historia de Jimena, una mujer joven que describía un cuadro donde aparecen tanto síntomas conversivos como somáticos, a partir del cual se planteaba la importancia de distinguirlos unos de otros a fin de lograr discriminar los procesos psíquicos involucrados en cada uno de ellos y determinar las maneras correctas de intervenirlos. Los primeros, las manifestaciones de carácter conversivo, según Freud, son producto de un proceso de simbolización que recurre al cuerpo para expresar sus fantasías inconscientes, dentro de las que se comprenden la satisfacción de la sexualidad infantil y ciertos mecanismos psíquicos de defensa, como la represión. Siguiendo a este autor, los síntomas somáticos corresponden a la categoría de las perturbaciones funcionales que la medicina clásica suele atender; en general, los entendía como apariciones carentes de significación simbólica, en cuya formación no tomaban parte los mecanismos psíquicos. Asimismo, lo hipocondríaco se caracteriza por remitirse una preocupación exagerada que interactúa con un malestar corporal verdadero y posteriormente lo deforma en una convicción paranoide sobre la gravedad del síntoma, pero sin conducir a ninguna lesión orgánica concomitante; las teorías freudianas plantearon que el mecanismo psíquico involucrado en estos casos es la proyección de la libido narcisista hacia el cuerpo.

Ferenczi, por su parte, dedicó muchas de sus investigaciones a la interrelación del psicoanálisis con las enfermedades orgánicas, donde planteó que el masoquismo cumplía cierta función en tales padecimientos. Groddeck (1866-1934) desarrolló una doctrina psicoanalítica respecto a las enfermedades físicas, en la que concibe un *ello* todo poderoso capaz de producir, no sólo un síntoma neurótico, sino también una manifestación somática. Otro pionero en este terreno fue Félix Deutsch, quien intentó elaborar una nosografía dinámica y una tipología psicósomática. Alexander, discípulo de Ferenczi, fue el fundador de la medicina psicósomática y llevó a cabo la mayor parte de su trabajo en los Estados Unidos dentro de la Escuela de Chicago, que él creó. Alexander logró sistematizar la clasificación de Deutsch, de manera que fuera posible relacionar cada emoción con una condición fisiopatológica, desarrollo que condujo a la creación de un catálogo de perfiles de personalidad específicos para cada enfermedad orgánica.

Fue a partir de entonces y echando mano de todo ese cuerpo de análisis e investigaciones, que se gestaron dos nuevas aproximaciones para entender el fenómeno psicósomático: la primera, que considera al síntoma físico o a la enfermedad orgánica como el producto de un conflicto psíquico, acompañado de sus fantasías inconscientes subyacentes. Son partidarios de esta propuesta principalmente los herederos de Groddeck y Deutsch, junto con André Green, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Catalina Bronstein, Ángel Garma y Lía Pistiñer de Cortinias. La segunda teoría pone el acento en la noción de déficit: una deficiencia en la estructura psíquica del paciente y en su incapacidad para simbolizar es la que crea las condiciones que dan génesis a la enfermedad psicósomática. El grupo de psicoanalistas que apoya la idea del déficit está liderado por la Escuela Psicósomática de París (con su primera generación formada por Pierre Marty, Michel de

M'Uzan, Sami-Ali, Michel Fain y Christian Fain, junto con la segunda, entre quienes encontramos a Marilia Aisenstein y a Claude Smadja), Joyce McDougall, los ingleses Donald Winnicott, Rose Edgecumbe (1984) y Peter Fonagy, los teóricos de Norteamérica, como la Escuela de Chicago en Estados Unidos (Alexander y Dunbar), Nemiah y Sifneos, en Canadá, Graeme Taylor y también el grupo argentino, dentro del que podemos nombrar a Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviére, David Liberman, Marie Langer, Marta Békei, Adam Limentani, Elsa R. de Aisemberg, J. E. Fischbein, etc.

La terminología que se usa para describir lo que sucede en los fenómenos psicosomáticos indica la postura o vértice desde el cual se piensan estas condiciones. Por ejemplo, conceptos como “depresión esencial”, “pensamiento operatorio”, “alexitimia”, “desafectación”, “normópatas”, “sobre-adaptación”, son escuchados frecuentemente entre los partidarios de la concepción deficitaria de la mente. Sin embargo, en la literatura psicoanalítica sobre el tema se puede observar que las cualidades de los pacientes que describe cada teórico son todas diferentes: algunas personas con enfermedades físicas no presentan este tipo de funcionamiento y otros sí, no sin variaciones contextuales específicas. Conviene tomar en cuenta que dentro del método científico se desarrollan teorías parciales que no explican la totalidad de los fenómenos psicosomáticos y están abiertas siempre a su perfeccionamiento y expansión. Recordemos que entre la combinación de situaciones que pueden incurrir con la aparición de este tipo de manifestaciones es infinita, por ejemplo, es muy diferente el caso de un paciente que fue enviado a tratamiento psicoanalítico por su médico y que no tiene conciencia absoluta de la relación entre lo que le aqueja físicamente y su emocionalidad, del de aquella otra persona que enferma durante el trabajo psicoanalítico. Ambas experiencias difieren también en cuanto a la actitud que se antepone al padecimiento corporal: ¿Los individuos que lo experimentan se cuestionan o se muestran indiferentes ante lo que les ocurre?

A grandes rasgos, los teóricos del déficit explican que en los pacientes psicosomáticos existe una incapacidad para experimentar y expresar el conflicto a través de la fantasía y de las representaciones psíquicas debido a una insuficiencia simbólica de su mente. Para la Escuela de París y para los autores que defienden la existencia de un defecto simbólico frente al fenómeno psicosomático, la noción freudiana de “neurosis actual” condujo al concepto de desorden psicosomático: Pierre Marty (1967) pensó que la manifestación somática reemplaza al conflicto psíquico. Así entonces, una desorganización progresiva puede resultar en la destrucción anárquica de las funciones mentales y esto conlleva la cancelación de la actividad libidinal, es decir, se pierde el interés en todas las áreas y se genera una “depresión blanca”; las habilidades mentales que organizan el funcionamiento psíquico desaparecen y la pulsión de muerte se reafirma. Según este autor, los pacientes que se hallan en tal situación tienen un yo menos organizado que los neuróticos, no son capaces de fantasear, elaborar o integrar los pensamientos y los sentimientos, sino que funcionan en un nivel muy concreto al que Marty llamó “operatorio” o “mecánico”. A pesar de que se toman en cuenta ambas pulsiones, la de vida y la de muerte, no parece que se establezca un conflicto entre ambas, sino que la pulsión de muerte actúa en cuanto la de vida falla y ocurre una regresión que conduce a su vez hacia un estado mental desorganizado y desestructurado. Este es un punto de controversia entre Marty y los

psicoanalistas que sostienen que el conflicto es resultado de la permanente lucha entre pulsiones de vida y de muerte o entre el amor y el odio. Estos últimos piensan que la pulsión de muerte se halla tan activa como la de vida dentro de la mente; de hecho, consideran que el desarrollo psíquico o sus patologías son producto de este enfrentamiento. Pero para Marty, la pulsión no juega un papel central en las enfermedades psicosomáticas, sino que apunta a un concepto relacionado más con la noción de instinto, que con el terreno psíquico. Esto impulsó a André Green a decir que Marty describió un fenómeno pre-psíquico más que uno psíquico (1998: 20).

Desde las teorías que dan prioridad al conflicto como la base para entender el funcionamiento mental sano y el patológico, podemos observar cómo cada una de ellas enfatiza distintos aspectos del conflicto psíquico. En la corriente kleiniana, el concepto de pulsión está intrínsecamente relacionado con los objetos internos, en tanto que uno se pone en contacto con los otros desde el inicio de la vida. Las fantasías tienen sentido y adquieren significado cuando dan expresión a esta unión entre pulsiones y objetos internos, entre representaciones y afectos. Las primeras fantasías son preverbales y pueden estar contenidas en una sensación corporal. Como dijo Klein, un cólico puede representar la fantasía de una madre ausente que no da de comer y no satisface las necesidades del infante. Para esta autora, la ansiedad es producto de la lucha entre el amor y el odio, por lo tanto, no existe situación humana, sea psíquica o corporal, simbólica o concreta, que no produzca ansiedad. Se sigue entonces que para cada individuo existen distintos niveles de simbolización, más allá de hablar sobre la capacidad o incapacidad para simbolizar de las personas. Hanna Segal describió dos tipos de formación simbólica: la simbolización propiamente dicha y la ecuación simbólica, respecto a la cual, en vez de una capacidad para formar símbolos, existe una forma más concreta de representación psíquica. Para Klein, el cuerpo es fuente de fantasías inconscientes y también puede convertirse en un importante generador de contenido para las fantasías inconscientes. En una tercera dimensión, el cuerpo podría funcionar como el lugar en donde se proyectan las fantasías inconscientes y se actualizan también inconscientemente (Rosenfeld, 2001).

Los fenómenos psicosomáticos se relacionan con fantasías primitivas y con formas más concretas de simbolización, comparados con los síntomas histéricos. Considero que por más rudimentaria que sea la capacidad simbólica de un paciente, siempre existe la posibilidad de establecer contacto con su mundo interno. Quizá se tienda a generalizar la noción de déficit, debido a que los conceptos utilizados por los teóricos de la Escuela de París o por los norteamericanos para entender los fenómenos psicosomáticos han gozado de una mayor difusión recientemente. Mas yo desearía proponer, como mencioné anteriormente, que es necesario observar qué tipo de paciente se trata, cuál es su funcionamiento mental predominante, qué actitud tiene hacia su enfermedad, cómo y por qué busca tratamiento. Por ejemplo, me parece interesante la idea que plantea Rosenfeld (2001) en uno de sus seminarios de Milán y Roma acerca de los síntomas psicosomáticos y los estados psicóticos, afirma que los individuos se defienden de ansiedades psicóticas, como la confusional, a través de su proyección en objetos externos. Pero si tal proceso falla, entonces las ansiedades psicóticas y sus libretos se dirigen hacia el *self*, proyectándose en el cuerpo o en un órgano, conformando lo que este autor llamó "*islas psicóticas*" que contienen dichas

ansiedades psicóticas escindidas y aisladas de la personalidad del individuo. Algo similar ocurre con los síntomas hipocondríacos, puesto que se trata de ansiedades paranoides puestas en órganos que amenazan y ponen en peligro al sujeto.

La teoría de Bion (1962) determina que el aparato para pensar comienza en la interacción temprana entre la madre y el bebé, lo que permite al infante desarrollar la capacidad para procesar estímulos externos e internos y transformarlos en elementos que pueda utilizar para producir pensamientos. Esta estructura conceptual proporciona otro vértice de comprensión para los fenómenos psicosomáticos, pues engloba la posibilidad de que la experiencia emocional que no se procese para formar representaciones simbólicas y sea evacuada de manera que da origen a perturbaciones psicosomáticas. Para Catalina Bronstein (2011) dicha evacuación de elementos beta no procesados es muy distinta de la noción de falta de capacidad para pensar o simbolizar descrita por Marty. La idea que propone Bion, aunque se relaciona con una falla en la relación continente-contenido, ya sea porque la madre no funciona como el continente necesario o que el bebé, por razones constitucionales, destruya lo que la madre le da (como en el *splitting* forzado), involucra un procedimiento psíquico activo, más que un desmantelamiento pasivo de la mente. Muchos psicoanalistas interesados en la relación entre mente y cuerpo tomaron esta idea de Bion, entre ellos se encuentran Esther Bick (1968), Meltzer (1975), Ferrari (2004), Ferro (2009), Ogden (2009) y Pistiñer de Cortinas (2009).

El acento de estas posturas está puesto en los mecanismos de escisión (Klein, 1946), de identificación proyectiva (Klein, 1946) o de identificación proyectiva con un objeto interno (Meltzer, 1992). Algunos teóricos conciben que estos fenómenos surgen de la necesidad del individuo por defenderse de abrumadoras fuerzas aniquilatorias. Otros psicoanalistas creen que son el resultado de una consecuencia pasiva ante la falla de contención de la madre. Y un último grupo, piensa que ambas causas no son excluyentes.

La técnica que cada terapeuta usa para trabajar con pacientes psicosomáticos depende de la teoría a la que se adscriba, ya sea la del déficit, ya la del conflicto psíquico. Los partidarios del déficit pueden proponer modificaciones a la técnica: desde mi punto de vista, los temas de *timing* (momento adecuado para dar la interpretación), de niveles de interpretación y de capacidad simbólica se consideran de igual manera que con cualquier otro paciente. Contratransferencialmente, la presión que las enfermedades de los pacientes imponen sobre sus analistas es un factor fundamental a tomar en cuenta, con la precaución de no caer en contra-actuaciones y procurando actualizar el rol que el paciente quiere que juguemos con él. El analista se enfrenta una variedad de emociones muy intensas ante las somatizaciones de sus pacientes, sobre todo ante el riesgo de enfermedades terminales y ataques cardíacos o incluso, puede sentirse responsable ante la aparición de alguna enfermedad durante el tratamiento. Ante estos casos, conviene entender las fantasías inconscientes de la identificación proyectiva, por ejemplo, depositar en el psicoanalista la parte del paciente que no consigue asumir la responsabilidad de su enfermedad, porque no quiere sentir la culpa, la tristeza o el dolor que esto implica. Como lo vimos en la mesa anterior, la principal dificultad con la que me enfrenté al tratar de ayudar a mi paciente Camila era su intensa negación y rechazo a asumir tal responsabilidad,

ella prefería vivir desconectada de sí misma, destruyéndose poco a poco, antes que tolerar dentro de su mente estos sentimientos tan dolorosos.

Preguntar durante las entrevistas diagnósticas las precauciones que cada paciente, de acuerdo a su edad, toma para su cuidado físico me parece que no interfiere con el objetivo central durante el tratamiento de abordar su realidad psíquica tal como se manifiesta en la transferencia. Por ejemplo, averiguar si las mujeres después de los treinta y cinco años de edad se realizan mastografías y ultrasonidos mamarios, resulta totalmente oportuno debido a la incidencia de cáncer mamario. Si no lo hacen, durante el tratamiento habrá de indagarse sobre las fantasías inconscientes que llevan a la persona a no cuidarse como mejor conviene.

Coincido con Catalina Bronstein cuando sugiere que seamos muy cuidadosos al creer que el psicoanálisis puede aliviar mágicamente las enfermedades físicas. Es muy diferente hacer lo que uno puede para ayudar a los pacientes a entender las causas, motivaciones y significados de sus enfermedades, que caer en una creencia omnipotente de que con psicoanálisis podemos curar todos los padecimientos. Los pacientes que tienden a somatizar deben acudir de cualquier manera con los médicos especialistas que corresponde según el caso, pues de lo contrario podemos caer nuevamente en el pensamiento mágico que caracterizó a la Edad Media.

Gracias a todos por su participación en este evento, esperamos que, como nosotros, hayan visto acrecentados su interés y experiencia teórica en cuanto este vasto y desafiante tema.