

Los distintos modos de relación entre enfermedades y emociones

CAROLINA MARTÍNEZ SALGADO

EL ENIGMÁTICO VÍNCULO PSIQUE-SOMA QUE CARACTERIZA A LO HUMANO

La pregunta sobre cómo se relacionan el cuerpo y la mente para dar lugar al fenómeno humano ha ocupado a muchos pensadores importantes a lo largo de la historia. De esa pregunta se derivan otras: ¿Cómo influyen las emociones sobre las enfermedades?, o, ¿qué resonancias emocionales nos ocasionan los malestares que padecemos? Desde su nacimiento, el psicoanálisis ha participado en forma muy destacada en esta reflexión y ha ofrecido valiosos planteamientos en torno a tales cuestionamientos (Freud, 1896 y 1906; Taylor, 1987; Aisenstein y Smadja, 2001). En las siguientes páginas voy a referirme a algunas de las ideas generadas desde esta perspectiva, vigentes hoy en día.

Comenzaré con una breve descripción de tres diferentes tipos de relación que pueden producirse entre las enfermedades y la vida emocional de quienes las padecen. Posteriormente, me concentraré exclusivamente en una de estas tres modalidades: la que suele designarse con el término de enfermedad psicosomática. Presentaré, en forma muy sintética, algunas de las formulaciones que ofrece el psicoanálisis contemporáneo a propósito de esta y, finalmente, puntualizaré algunas de las recomendaciones formuladas a partir de la manera como se desarrolla el tratamiento psicoanalítico con aquellas personas que sufren este tipo de problemática. A lo largo de la exposición incluiré un par de ejemplos clínicos tomados de material ya publicado para facilitar la comprensión de algunas de estas ideas.

Cuando se presenta una enfermedad, ¿estamos exclusivamente ante una disfunción del organismo o hay también algo mental que se pone de manifiesto?, ¿es la falla orgánica lo determinante? o, ¿qué papel juega lo que ocurre en la vida emocional? El complejo entramado entre psique y soma que caracteriza a lo humano impide trazar líneas divisorias tajantes entre una y otra de ambas dimensiones. Pero de acuerdo con pensadores como Edgar Morin (Cyrulnik y Morin, 2005), uno de los autores más reconocidos entre quienes sustentan la propuesta del pensamiento complejo, una manera más fructífera de plantear este tipo de preguntas sería tal vez mediante conjunciones, para tratar de entender las modalidades de articulación que pueden darse entre una y otra dimensión (“esto y también lo otro”) en lugar del empleo de disyunciones, con las que los términos se excluyen entre sí (“esto o lo otro”).

Así, podríamos seguir a algunos autores que, al abordar el tema de la enfermedad psicosomática desde la perspectiva psicoanalítica, han distinguido entre tres tipos de situaciones (Smadja, 2002; Taylor, 2003; Fischbein, 2011), con la intención de afinar la comprensión de las relaciones que se dan entre las enfermedades y la vida emocional. Esto resulta valioso para orientarnos en el vasto territorio de los postulados teóricos que

intentan dar cuenta de esta relación, que a su vez da sentido a las hipótesis sobre lo que se observa en la clínica y direcciona también algunas decisiones técnicas sobre el manejo psicoterapéutico.

El primero de estos modos es el que se refiere a lo que ocurre con las emociones ante las enfermedades que, a falta de un mejor nombre, voy a denominar *habituales*, aquellas de las cuales suele ocuparse, en nuestra época, la medicina; el segundo modo es aquel en donde los síntomas que se manifiestan en el cuerpo se producen como resultado de conflictos emocionales presentes en la mente y el tercer modo, que corresponde a lo que se conoce como somatizaciones o enfermedades psicosomáticas, en las cuales la relación entre emociones y enfermedades no se comporta como en los dos anteriores, sino que parecen ser el resultado, entre otras cosas, de un intento fallido por separar, por desarticular la unidad psique-soma que caracteriza a lo humano. Ahora expondré algunas consideraciones más sobre cada una de estas situaciones.

¿Cuál es la relación entre las emociones y las enfermedades físicas que afectan cotidianamente a los seres humanos? La patología que prevalece en cada sociedad ha ido cambiando de acuerdo a la época histórica. Como lo estudió el filósofo Canguilhem (1978), frente a los males y el sufrimiento que ocasionan, se ha ido constituyendo, también a lo largo de la civilización, todo ese cuerpo de saberes que hoy llamamos Medicina. Pero lo que aquí me interesa señalar es que cuando enfermamos, algo se produce también en nuestra mente: fantasías, representaciones, todas ellas cargadas de emociones, lo podemos percibir en nosotros mismos y lo intuimos en nuestros allegados. Un escenario privilegiado para el estudio de tales experiencias es el consultorio psicoanalítico, por ejemplo, cuando un paciente que se encuentra en análisis y se ve afectado por algún episodio de enfermedad o cuando llega a psicoterapia ya con algún padecimiento en curso. Algunas de estos padecimientos aparecen y desaparecen, otros permanecen durante el resto de la vida, otros la amenazan y, a veces, esta amenaza se cumple. Pero en todos los casos, algo ocurre en el ámbito emocional; las enfermedades nos afectan en todo nuestro ser, en todo el entramado cuerpo-mente que nos constituye.

Lamentablemente, en nuestros días la medicina se interesa cada vez menos por las manifestaciones psíquicas inherentes a toda enfermedad, pareciera desentenderse de que el cuerpo en el que trabaja no es un organismo biológico "real", sino ya simbolizado. No podré profundizar ya aquí en estos temas, pero quiero recordar que partiendo del pensamiento psicoanalítico, uno de los autores que más ha aportado a su estudio fue Michel Balint (1961), cuya obra mereció desde el inicio un amplio reconocimiento. Aun cuando los conceptos de cuerpo y soma suelen utilizarse, con frecuencia, como si fueran equivalentes (lo cual ocurrirá, por cierto, en varios momentos en las siguientes páginas), en realidad resulta más preciso distinguir, como lo hace Green (2010), entre el concepto de soma, que se refiere al organismo biológico, y el de cuerpo, que alude a una entidad libidinal.

Por otro lado, los conflictos mentales que hallan su medio de expresión en el cuerpo son un

segundo tipo de manifestaciones que han tenido también los más diversos órdenes de lecturas a lo largo de la historia. De momento recordemos solamente, por la importancia que tiene para el tema que nos ocupa, que en la época de Freud, ciertos padecimientos como la histeria provocaron ofuscamiento en el conocimiento neurológico de ese entonces. De hecho, la historia reciente de la psiquiatría (a partir de la segunda mitad del siglo XX) deja ver que el debate sobre si las neurosis han de adjudicarse a perturbaciones biológicas o psíquicas está aún lejos de haberse dirimido.

Lo que tenemos frente a nosotros, en este tipo de situaciones, es que el síntoma que aparece en el cuerpo no tiene un correlato claro con los planteamientos del saber médico sobre el funcionamiento biológico del organismo. Lo que Freud fue capaz de mostrar —y con ello dio nacimiento a la disciplina del psicoanálisis— es que se trata de la expresión, en el soma, de conflictos que tienen lugar en la mente. Desde la perspectiva psicoanalítica, estas enfermedades aparecen ante la imposibilidad psíquica de tramitar cierta conflictiva emocional particularmente intensa. En casos de esta naturaleza, como nos lo recuerda Taylor (2003) —remitiéndose, por supuesto, a Freud— las manifestaciones surgen del conflicto entre fantasías inconscientes originadas en las pulsiones sexuales edípicas y agresivas de la temprana infancia y en las creencias y valores morales del sujeto; aparecen como expresión encubierta, simbólica, tanto de los deseos prohibidos como de las defensas contra ellos.

En cuando al tercer modo en el que se relacionan los estados mentales y las complicaciones físicas, que ha sido llamado enfermedad psicósomática, habría que acotar en primera instancia que algunos autores se pronuncian por que esta designación, tan en boga a mediados del siglo pasado, ha caído en desuso y no debería utilizarse más (Aisenstein, 2008; Fischbein, 2011). La razón de ello parece asociarse con la imposibilidad de sostener las hipótesis que alguna vez se plantearon sobre las relaciones específicas de causalidad entre ciertas configuraciones psíquicas y las entonces identificadas como enfermedades psicósomáticas (Dunbar, 1955; Alexander, 1962). Se ha argumentado, también, que no habría que designar como psicósomáticos sólo a cierto tipo de padecimientos, en tanto que todos ellos involucran siempre, simultáneamente, al cuerpo y a la mente; aún más, se sugiere que al estudiar toda manifestación corporal hay que considerar los elementos presentes en el entorno social en donde ocurren.

De ahí que Taylor (2002) —quien en esto sigue a Engel (1977), uno de los pioneros en el estudio de este tipo de afecciones— proponga la adopción del así llamado modelo biopsicosocial de la enfermedad. Es esta una propuesta muy adecuada, a condición de que el término no se trivialice y no quede reducido a un mero enunciado vacío (a la manera del *cliché*), sino que se asuma a cabalidad, con todas sus implicaciones conceptuales. Hacerlo así tiene mucho sentido y, en efecto, habría que sostenerlo para todo tipo de males físicos, aunque esto no es una tarea sencilla.

Por mi parte, sin pretender volver a las hipótesis de especificidad que planteaban la relación uno a uno entre determinados perfiles de personalidad y ciertos padecimientos, que hoy

día resultan insostenibles, y sin desconocer tampoco que toda enfermedad involucra tanto a la psique como al soma, encuentro valioso conservar el uso de la noción de enfermedades psicosomáticas para hacer referencia a un modo muy particular de relación entre vida emocional y efectos sobre el cuerpo, distinguible de las dos modalidades antes descritas (Green, 1999; Taylor, 2003; Aisenstein y Smadja, 2010). Porque aún reconocida la heterogeneidad de los problemas psicosomáticos, parecería que —como se ha observado desde la perspectiva psicoanalítica de nuestros días— éstas suelen involucrar un tenaz intento de desconexión de la relación cuerpo-mente. Paradójicamente, como lo ha estudiado Smadja (2011), llamamos enfermedades psicosomáticas justamente a estas en las que parece producirse una suerte de disociación entre psique y soma.

Lo anterior sugiere que quizá el debate no tendría que centrarse en si todos los malestares involucran psique y soma —afirmación con la cual sería muy difícil discrepar— sino en torno a las cuestiones que determinan cómo se produce esta relación en cada una de las diferentes situaciones. Así, la propuesta en estas páginas es la de intentar comprender las diferencias que se observan en estas tres diferentes modalidades de relación entre padecimientos fisiológicos y emociones. Ahora bien, esto no significa que tales modalidades no puedan presentarse en forma combinada en un mismo caso; me ocuparé un poco más adelante de cómo es que eso puede ocurrir. Pero antes, quisiera dedicar mayor atención a la tercera de las modalidades identificadas.

LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PSICOANÁLISIS CONTEMPORÁNEO

Se ha observado con frecuencia que quienes padecen enfermedades psicosomáticas tienden a una baja disposición para registrar lo que pasa en su mente, que quizá se deba a que no saben cómo hacerlo, pero lo cierto es que se les observa como desconectados de su propia vida emocional. No es raro, además, que intenten mantenerse un tanto ajenos a lo que ocurre en su cuerpo, aunque a veces esto es tan contundente y aparatoso que no pueden sustraerse a ello, aunque les sigue siendo muy difícil hablar de lo que sienten.

¿Cómo puede una persona “no registrar” lo que pasa en su cuerpo y en su mente? Existen distintos mecanismos por medio de los cuales se logra eludir, en diversos grados, la percepción de las experiencias emocionales y físicas, desestimar el reconocimiento de lo que se siente, de lo que se vive, o incluso, imaginar omnipotentemente que se está por encima de ello. Se trata de modalidades primitivas de protección frente al dolor psíquico cuando éste es más intenso de lo que se es capaz de tolerar (McDougall, 1974; Green, 1999 y 2010). Entre tales mecanismos figura, por ejemplo, la disociación.

Algunos autores sugieren que las enfermedades psicosomáticas son una de las manifestaciones que se derivan del déficit emocional frente a experiencias difíciles (Marty, 2003; Winnicott, 1992); otros postulan que se trata más bien de un problema emanado de la puesta en acción de una defensa masiva inquebrantable contra intensas angustias de la época más temprana de la vida (McDougall, 1991). Ciertamente, varios autores coinciden,

con razón, en que el conjunto de entidades nosológicas que pueden corresponder al concepto de enfermedades psicosomáticas es extraordinariamente heterogéneo (Fischbein, 2011). Quizá desde la perspectiva del pensamiento complejo antes mencionada, podríamos considerar que nos encontramos ante un problema de *relación proporcional* entre ambos componentes: los recursos emocionales (o falta de ellos) de una persona en un momento dado de su vida y la magnitud e intensidad de la experiencia dolorosa que en ese momento ha de enfrentar. La pregunta sería, entonces: ¿Cuál es la capacidad de tolerancia y metabolización de la experiencia emocional del paciente? y, ¿qué tan dolorosa psíquicamente es para él la experiencia que enfrenta? Cabe considerar, además, como bien lo advierte Green (1999: 282) que “... *los traumas no traen consigo el secreto de cómo actúan precisamente sobre la psique para inhibir las funciones que podrían ayudarnos a lograr algún entendimiento de ellas*”.

Se sostiene que las emociones no significadas por la mente se “descargan” en el cuerpo (McDougall, 1991). Pero, ¿cómo es que las experiencias emocionales dolorosas no simbolizadas llegan a manifestarse en el cuerpo? Algunos psicosomatistas norteamericanos estudian desde hace años algunas de las mediaciones biológicas por las cuales esto se produce (Lane, 2008).

Pero el punto central recae en que, desde la perspectiva psicoanalítica, lo que necesitaría quien padece este tipo de enfermedad es dar con el camino hacia la percepción, la identificación, la enunciación y la simbolización de sus experiencias físicas y emocionales: emprender el recorrido sugerido por Bion (1996 y 1997) para la construcción y utilización de lo que él denomina *aparato para pensar* y encontrar los vínculos perdidos entre las sensaciones, las percepciones y las palabras con las cuales designar, simbolizar y comunicar las experiencias sensoriales y emocionales, de manera que sea posible relacionar unas cosas con otras, en contraposición a la actividad de disociar y de romper los lazos entre cuerpo y mente, entre sensación y significado, entre uno mismo y el otro. Como lo plantea el autor, al inicio de la vida de cada humano el desarrollo de estas habilidades requiere de la ayuda de alguien —esa persona que cumple las funciones maternas— que realice para él esa tarea, al tiempo que le va mostrando cómo hacerlo. Según veremos en la siguiente sección, ese es el modelo que inspira, precisamente, la labor a realizar durante el tratamiento psicoanalítico. Pero antes de ir a ello quisiera presentar aquí la siguiente síntesis de un caso expuesto por Aisenstein (1993), psicoanalista de la escuela de psicosomática de París, que deja ver cómo pueden presentarse en la clínica algunos de los rasgos aquí descritos:

La analista recibe la llamada de un hombre que insiste en que no es urgente y que si no puede recibirlo, él llamará de nuevo más adelante. Esto, justamente, alerta a la analista que se apresta a recibirlo cuanto antes. A la hora convenida se presenta un hombre de cuarenta años, alto, delgado, de actitud cortés e indiferente a la vez. Es un competente científico que labora en una importante empresa de desarrollo tecnológico y acude enviado por su gastroenterólogo porque padece una severa rectocolitis hemorrágica que el médico piensa que amenaza su vida. Le ha dicho que habrá que practicarle una operación de la que él no tiene demasiada idea (más tarde el médico informará a la analista, en una carta, que se

trata de una colectomía acompañada probablemente de una ileostomía, lo que significa que se le extirpará todo o parte del intestino grueso lesionado y se le hará una conexión del intestino delgado a una abertura en el abdomen para llevar fuera por ahí los desechos de la digestión). El paciente considera que cada quién es experto en su propio campo y que si los técnicos de la salud dicen que hay que hacer esa operación, será porque es necesaria. Por eso también, ha venido a verla, porque el médico le indicó que consultara a una “psicosomatista”.

Admite, por cierto, que la enfermedad ha resultado una gran molestia para él, ya que apareció en un momento en el que tiene demasiados compromisos de trabajo y muchos viajes en puerta. Todo lo que pudiera tener que ver con la mente le parece absurdo: *“Estados de la mente, bueno, realmente no sé qué son...”*, dice. Él no tiene ningún interés en lo irracional. A la analista le sorprende la pobreza de su vocabulario, dado su elevado nivel de cultura y su capacidad conceptual en el ámbito profesional. El hombre acepta acudir a tratamiento una vez por semana y está dispuesto a cumplir la tarea que su analista le propone, pero se da a sí mismo –y a su terapeuta– un año de plazo.

En sus sesiones se muestra escéptico, irónico, reticente; no es difícil percibir su incomodidad. Hace un recuento cronológico de su vida: describe a sus padres como serios y agradables, ya retirados; es el mayor de dos hermanos, su hermana menor, química, sufre de pancreatitis hemorrágica subaguda. Está casado y no tiene hijos, no sabe por qué, simplemente no los tiene. Sobre el surgimiento de su enfermedad informa que apareció a los pocos meses después de dejar de fumar. Fumaba dos paquetes de cigarrillos diarios pero apostó a que podía dejarlo y así lo hizo. Luego vino la rectocolitis hemorrágica y fue a dar al hospital. Para él, no hay más qué decir. No tiene el hábito de hablar, menos sobre sí mismo, le dice a la analista, pero ella observa que tampoco aguanta el silencio; si no hay que decir, desea retirarse. La terapeuta se siente entonces inducida a recurrir, como ella dice, a métodos de “cuestionable ortodoxia”: hablar de temas triviales para tratar de hacer conversación. Transcurre el año que había dado de plazo, pero el paciente no habla de retirarse; después de todo, dedicar tres cuartos de hora a la semana a asistir a su sesión no le parece demasiada molestia, así que considera que puede continuar haciéndolo. La operación del intestino se ha ido postergando porque sus síntomas, aunque levemente, mejoran. El paciente no ve ninguna conexión entre esto y su relación con la terapeuta. En alguna de sus conversaciones aparentemente triviales aparece, al fin, un lapsus. El paciente dice el nombre de un país por otro (Birmania por Bulgaria). Aunque él no le concede la menor importancia, la analista indaga con cuidado sobre el punto.

Empieza entonces a emerger una dramática historia, hasta entonces silenciada, que el paciente presenta como “irrelevante”. Trata sobre su primer matrimonio con una compañera de su época universitaria de quien, ya divorciados, supo que había sido asesinada en una calle de Birmania. A partir de allí fue emergiendo el mundo interno del paciente. Todos los detalles pueden ser consultados en el trabajo original, pero baste por ahora señalar, para terminar esta nota, que ese fue el comienzo de la posibilidad de hablar, por vez primera, de su vida psíquica –dimensión onírica incluida– e iniciar así un largo y

cuidadoso trabajo mediante el cual pudo empezar a construirse el puente para conectar sus experiencias emocionales con las reacciones de su cuerpo.

EL TRABAJO PSICOANALÍTICO CON EL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

El psicoanálisis actual nos ofrece la oportunidad de considerar que existen mentes cuya estructura es de tipo heterogéneo, en las que coexisten áreas con diferentes modos de funcionamiento psíquico y un intenso dinamismo que permite mudar, en cierto momento, de área en área de la propia mente. Sin embargo, observa también que cada individuo singular, en determinado momento de su vida, posee una cierta modalidad de estructuración psíquica, en la que se combinan áreas con diversos niveles de maduración, desde aquellas que poseen un mayor desarrollo hasta las que emplean modos de funcionamiento más precarios (Green, 2010).

La manera en la que está estructurada la psique de cada uno se relaciona con el proceso de crecimiento mental, a su vez producto de toda una constelación de circunstancias, que Freud (1917) tematizó en su concepto de *series complementarias* y en cuyas diversas dimensiones han abundado y profundizado los autores postfreudianos. Entre los pensadores postkleinianos, por ejemplo, Bion (1961) identificó la coexistencia de dos modos de funcionamiento psíquico: el psicótico y el no psicótico. Meltzer (1974), por su parte, problematizó otro conjunto de formas como la mente puede operar, bajo el concepto de *estados sexuales de la mente*. En la obra de Winnicott (1949) podemos encontrar un cuidadoso y sugerente estudio del camino que hay que recorrer hasta la constitución de lo que él designa como el *psiquesoma*. Green (2010), quien reconoce la influencia de Bion y de Winnicott —además de la de Lacan— en su obra, habla de las diversas capacidades de los pacientes para “psiquizar” o simbolizar lo “prepsíquico” (sensorial o emocional). Smadja (2011) explica que el trabajo de “psiquización” del cuerpo consiste en un proceso complejo de transformación de lo corporal hasta su advenimiento mental. El punto es que de cómo se haya estructurada la mente a lo largo de la vida de cada sujeto, dependerá su capacidad para “metabolizar” —en el sentido que Bion (1997) dio a este concepto— las experiencias emocionales, con sus muy variables intensidades y significados.

Es así como podemos entender que un mismo sujeto pueda disponer en ciertos momentos y ante determinada experiencia emocional de una buena capacidad simbólica que le permita elaborar los conflictos implicados en tal experiencia; no obstante, en otros momentos y ante otra experiencia con implicaciones que le resultan extremadamente dolorosas en el plano psíquico, puede verse desbordado, por lo que la relación entre su vida emocional y la enfermedad operaría en la modalidad que hemos denominado aquí como psicósomática. Si tal fuera su modo de funcionamiento psíquico permanente, nos encontraríamos ante un paciente psicósomático propiamente dicho, pero cuando ocurre en forma ocasional, frente a determinada experiencia cuya intensidad emocional rebasó la capacidad metabólica de esa mente, estaríamos ante lo que suele denominarse una somatización, una situación, por cierto, de la cual ningún ser humano, cualquiera que sea

su estructura psíquica, está exento (McDougall, 1991; Fischbein, 2011). Pero también, de ser correcto lo anterior, podríamos explicarnos por qué cuanto más frágil es la estructura psíquica de alguien, mayor es su probabilidad de llegar a padecer una enfermedad psicósomática.

Una de las más importantes implicaciones de lo dicho hasta este punto con referencia al tratamiento psicoanalítico de pacientes con problemas psicósomáticos, es que estas concepciones permiten trabajar de un modo mucho más flexible que se adecua a la problemática de cada persona, sin encasillamientos, ajustándose también a lo que va ocurriendo en su mente en cada momento de la sesión. Durante circunstancias no simbólicas, cuando el funcionamiento psíquico está teniendo lugar en alguna de las zonas más precarias de la mente, habrá que trabajar con gran tacto en la búsqueda de caminos hacia la reconexión de la capacidad de percepción sensorial del sujeto, para procurar un paulatino incremento de su tolerancia al dolor psíquico y así, de su posibilidad de registrar los vínculos entre las reacciones de su organismo y sus experiencias emocionales. Esa es la vía para aproximarse al encuentro con las palabras necesarias para hablar de todo ello y conseguir la elaboración de sus posibles significados.

Uno de los desafíos que se le planteó desde muy temprano al psicoanálisis, en tanto que se trata de un método que se vale en forma tan privilegiada de la palabra y de la comprensión simbólica, fue si podría ser aplicado precisamente a quienes tenían tan serias limitaciones en ese terreno. ¿Es posible que un paciente aprenda a simbolizar cuando no sabe hacerlo? Varias décadas de trabajo de los analistas que se han aventurado por este camino —entre ellos, en forma muy destacada, el grupo de la Escuela de Psicósomática de París (Aisenstein y Smadja, 2010), algunos psicoanalistas franceses contemporáneos (McDougall, 1974 y 1991; Green, 2010), los autores postkleinianos ya mencionados, los psicoanalistas de la Escuela de Psicósomática Canadiense encabezados por Taylor (1987) y también los integrantes de otras corrientes norteamericanas— demostraron que con una labor constante existe la posibilidad de que estos pacientes avancen hacia el desarrollo de una mayor capacidad de simbolización. Como lo propuso McDougall (1991): *“El cuerpo no puede hablar más que cuando las palabras del espíritu van a él”*. Y en el intento de lograrlo, el lenguaje compartido entre paciente y analista durante el tratamiento puede convertirse en *“el terreno a partir del cual el cuerpo sufriente puede llegar a convertirse en un cuerpo erógeno y simbólico”* (Ídem). Con ello estaría de acuerdo también Meltzer, recordemos cuando advierte que, en ocasiones, el analista tiene que pasar un tiempo ocupándose de construir en la mente del paciente las condiciones que le permitirán más adelante iniciar el verdadero trabajo terapéutico.

La tarea, desde luego, no es fácil, ni tampoco segura y mucho menos rápida; pero cuando se logra, el resultado es valioso y duradero. La exigencia para el analista, como lo señalan diversos autores, consiste en llevar a cabo tratamientos que con frecuencia habrán de provocarle aburrimiento, irritación y ansiedad, pero, como también lo subrayan, no hay que olvidar que muchas veces lo que este tipo de paciente necesita es encontrar en su terapeuta algo de ternura.

Para terminar, presentaré otra nota muy abreviada de un caso presentado por una analista norteamericana (Shapiro, 2003). Lo he seleccionado porque en él se dejan ver, entre muchos otros ángulos, la coexistencia en la mente de áreas enteramente aptas para el pensamiento simbólico, al lado de otras más vulnerables y precarias, como detenidas en momentos muy primitivos del desarrollo, la presencia de los componentes biológicos, psicológicos y culturales íntimamente entretnejidos en la configuración de una enfermedad psicósomática y el largo y paciente trabajo que se requiere para lograr la integración entre el cuerpo y la mente de quien sufre este tipo de padecimientos:

Kai es una chica asiática de 13 años, que ha vivido lo que lleva de vida en los EUA. Llega en busca de tratamiento psicoterapéutico referida por sus médicos porque se queja, desde meses atrás, de un intenso dolor en todo el cuerpo y una enorme fatiga. El diagnóstico es fibromialgia. La chica se encuentra ya totalmente incapacitada, reducida a una silla de ruedas, enteramente dependiente del cuidado de su madre incluso para asearse y alimentarse.

Desde las primeras entrevistas la analista percibe en Kai una gran inteligencia, calidez y sensibilidad, así como una buena capacidad para darse cuenta de mucho de lo que ocurre tanto en su entorno familiar como dentro de ella misma. Sin embargo, la chica insiste férreamente en mantener separados su problema físico y el resto de las expresiones de su vida emocional. La terapeuta, que siguiendo a Winnicott está al tanto de la importante función defensiva que juega esta escisión, decide respetarla durante la primera parte del tratamiento, mientras que muy poco a poco va trabajando con su paciente para identificar los vínculos entre una y otra dimensión, con miras a poder integrarlas más adelante. De paso, hace notar con perspicacia cómo esta escisión no se encuentra presente sólo en la mente de Kai, sino también en el sistema de salud que la atiende –los especialistas de su problema médico no quieren saber de sus emociones, para cuya atención la envían a otra especialista–, e incluso en su familia: para el padre, o bien ella padece una enfermedad física muy grave, o bien está fingiendo. Su madre, por el contrario, remite su enfermedad exclusivamente a sus dificultades emocionales.

Al paso de los meses y luego de los años, se va develando en el trabajo analítico una compleja trama cuya comprensión implica un verdadero entrelazamiento entre lo biológico, lo psíquico y lo cultural. La familia de Kai emigró desde su país de origen a los EUA cuando ella tenía cuatro meses de edad. Su madre, antes sostenida por una amplia red familiar, quedó aislada en el nuevo país, junto con su pequeña bebé y un hijito de cinco años, con muy poco apoyo del marido, quien se hallaba enteramente concentrado en cumplir con sus fuertes exigencias laborales. El matrimonio estaba marcado ya por las desavenencias. El hermanito de Kai sufrió, a su vez, dificultades importantes para adaptarse a la nueva situación y la madre, deprimida, concentraba sus escasas energías en intentar ayudarlo. Recuerda que, abrumada por la situación, atendía tan comedidamente como podía a las necesidades físicas de la pequeña Kai, pero carecía de la disposición emocional que hubiera deseado. Esto duró hasta cerca del año y medio de edad de la niña, época en la que la madre

empezó a sentirse mejor.

Kai creció saludable, inteligente, sensible, con un excelente rendimiento escolar y no pocos éxitos en su vida social, hasta que llegaron los cambios puberales, que coincidieron con dos eventos familiares que entrañaban separaciones: la partida de su hermano a la universidad y la reincorporación de su madre al trabajo, por primera vez desde el nacimiento de sus hijos. También entonces empezaban a manifestarse cada vez más claramente en el horizonte ciertas expectativas sobre su destino, relacionadas con su futuro como mujer y como profesional, que planteaban contradicciones difíciles de resolver entre los mandatos de la cultura de su familia (que ella sentía encarnados sobre todo en su padre) y la del nuevo país en el que había crecido. Fue por entonces que la enfermedad surgió y avanzó con intensidad creciente. Con el agravamiento de su salud, la madre tuvo que solicitar licencia para ausentarse del trabajo y quedarse a cuidarla. Poco a poco, el análisis fue mostrando la similitud entre la situación de dependencia en la que se encontraba en las fases más invalidantes de su enfermedad y el regreso a ser un bebé; parecía una expresión, indudablemente inconsciente, de su gran necesidad de cercanía con la madre y, a la vez, de su temor a crecer y tener que hacer elecciones entre sus propios deseos y las expectativas familiares, en medio de las ya mencionadas contradicciones culturales. No le gustaba estar mal, reconoció, pero cuando lo estaba se sentía protegida por su familia, cercana a su madre, cuidada como una niña pequeña. Las reacciones adoloridas de su estómago cuando ocurrían las separaciones con su analista empezaron a ser comprendidas, no sin resistencia, como reacciones corporales ante sus experiencias emocionales.

Como lo explica la terapeuta, pese a las evidentes fortalezas de Kai, la vulnerabilidad preedípica derivada de haber pasado sus primeros meses de vida al cuidado de una madre deprimida dio lugar al grave quiebre que le sobrevino al ingresar a la adolescencia y razón a la naturaleza de sus síntomas, su tristeza interna, las dificultades para su regulación fisiológica y sus pensamientos precozmente adultizados. No podremos abundar aquí más en los muchos componentes familiares y transgeneracionales implicados en toda esta conflictiva, ni en las interesantes vicisitudes del tratamiento de Kai quien, a cinco años de la llegada con la terapeuta y a tres años del inicio de su trabajo psicoanalítico propiamente dicho, se encontró lo suficientemente recuperada como para emprender la aventura universitaria. Sólo quiero llamar la atención sobre la dificultosa labor que tuvieron que enfrentar Kai y su terapeuta para lograr, finalmente, la reintegración entre su vida emocional y las manifestaciones de su cuerpo.

En conclusión, sintetizando lo que aquí propuse, una manera de organizar nuestra comprensión de la relación entre enfermedades y emociones, en este momento del conocimiento psicoanalítico, podría ser la siguiente: las enfermedades son experiencias que implican siempre, simultáneamente, al cuerpo y a la mente, en el contexto del mundo social en el que emergen, pero esto puede ocurrir de diferentes maneras. En ocasiones, el proceso comienza en el basamento biológico y la mente entra en acción para significarlo, en otras, el proceso da inicio con un conflicto psíquico inconsciente que muy pronto involucra al cuerpo y, en otras más, la cancelación o imposibilidad para el funcionamiento adecuado de

la mente echa a andar mecanismos fisiológicos que, de no lograr revertirse, terminan lesionando al cuerpo. Aunque la experiencia clínica muestra que los resultados del tratamiento psicoanalítico frente a este último modo de relación cuerpo-mente (el intento de ruptura de la misma) son desiguales, aun sin que puedan ofrecerse garantías de éxito (Leiberman et al., 2002), el cambio radical que en no pocos casos llega a producir el tratamiento, hacen de éste un valioso recurso para incluir en la atención de dichas enfermedades que, por su complejidad, ameritarían siempre un abordaje transdisciplinario.

REFERENCIAS

- Aisenstein, M. (1993). "Psychosomatic solution or somatic outcome: the man from Burma— Psychotherapy of a case of haemorrhagic rectocolitis", *International Journal of Psycho-Analysis*, 74: 371-381.
- _____ (2008). "Beyond the dualism of psyche and soma", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36 (1): 103-123.
- Aisenstein, M. y Smadja, C. (2001). "De la psychosomatique comme courant essentiel de la psychanalyse contemporaine", *Revue Française de Psychanalyse*, número especial en: *Courants de la Psychanalyse Contemporaine*, Presses Universitaires de France: 343–353.
- _____ (2010). "Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: a Clinical psychoanalytic approach to oncology", *International Journal of Psycho-Analysis*, 91: 621-640.
- Alexander, F. (1962). "The development of psychosomatic medicine", *Psychosomatic Medicine*, 24 (1): 13-24.
- Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Bion, W. (1996). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- _____ (1997). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Cyrułnik, B. y Morin, E. (2005). *Diálogos sobre la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Dunbar, F. (1955). *Mind and body: Psychosomatic medicine*. Nueva York: Random House.
- Engel, G. (1977). "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 196: 129–136.
- Fischbein, J.E. (2011). "Psychosomatics: A current overview", *International Journal of Psychoanalysis*, 92: 197-219.
- Freud, S. (1917). "Conferencias de introducción al psicoanálisis. 23ª Conferencia: Los caminos de la formación de síntomas", *Obras Completas*, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 1998, 326-343.
- Green, A. (1999). "On discriminating and not discriminating between affect and representation", *International Journal of Psycho-Analysis*, 80 (2): 277-316.
- _____ (2010). "Thoughts on the Paris School of Psychosomatics", en Aisenstein M. y Rappoport E., *Psychosomatics Today. A psychoanalytic perspective*. Londres: Karnac, 2010.
- Lane, R. (2008). "Neural Substrates of Implicit and Explicit Emotional Processes: A Unifying

- Framework for Psychosomatic Medicine”, *Psychosomatic Medicine*, 70: 214-231.
- Leiberman, C., Bleichmar, N., et al (2002). “Lo psicossomático”, *Las perspectivas del psicoanálisis*, capítulo 8. México: Paidós, 249-282.
- McDougall, J. (1974). “The Psychosoma and the Psychoanalytic Process”, *International Review of Psycho-Analysis*, 1: 437-459.
- _____ (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.
- Marty, P. (2003). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Meltzer, D. (1974). *Los estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman.
- Shapiro, B. (2003). “Building bridges between body and mind: the analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain”, *International Journal of Psychoanalysis*, 84: 547-561.
- Smadja, C. (2002). “Une histoire critique du symbolisme organique”, *Revue Française de Psychosomatique* 1(21): 7-25.
- _____ (2011). “Le travail de psychisation du corps”, *Revue Française de psychosomatique*, 1(39): 147-161.
- Taylor, G. J., 1987. *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- _____ (2002). “Mind-body-environment: George Engel’s Psychoanalytic approach to psychosomatic medicine”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 449-457.
- _____ (2003). “Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructs?”, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 31: (3) 487-508.
- Winnicott, D. (1949). “La mente y su relación con el psiquesoma”, *Estudios de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1998, 325-340.
- _____ (1992). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.