

PSICOSOMÁTICA ACTUAL

ELENA ORTIZ

El estudio de la psicosomática representa un punto de interés para cualquier psicoanalista dada la universalidad del problema. Resulta difícil pensar en un análisis donde el paciente no presente en algún momento del tratamiento un episodio de enfermedad. Desde luego, hay pacientes con padecimientos crónicos que centran nuestra atención de manera especial en el tema, pero los acontecimientos psicosomáticos se desarrollan en una gama amplia de situaciones clínicas.

Graeme Taylor subraya la definición de enfermedad que da la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una condición *biopsicosocial*, explica que todo padecimiento físico implica de alguna manera la correlación de esos otros elementos. La configuración biológica involucra una diversidad de aspectos tales como la disposición genética, la condición congénita, la edad, la constitución anatómica, el sexo, la nutrición, las bacterias o los virus a los que está expuesto el sistema y a los que es más susceptible, etc. La constitución psicológica y el contexto social son factores coadyuvantes en el surgimiento de la enfermedad, por ejemplo, se piensa que las células cancerígenas aparecen entre seis y diez veces en la vida de una persona, cuando su sistema inmunológico es fuerte, éste destruye las células malignas, previene su multiplicación y la formación de tumores, pero sabemos también, que la respuesta inmunológica está profundamente relacionada con el bienestar emocional. El psicoanálisis se interesa en comprender cómo la mente construye esta compleja interacción con el cuerpo.

Algunas investigaciones teóricas señalan que los pacientes con enfermedades crónicas presentan un funcionamiento mental más o menos empobrecido: Wilfred Bion propone que en lo somático ocurre una especie de *evacuación* de experiencias emocionales no digeridas por la mente, Pierre Marty y de M'uzan dieron origen al concepto del pensamiento operatorio, Joyce McDougall describe el tipo de personalidad *normópata*, André Green, por su parte, publica sobre la psicosis blanca y, por supuesto, Peter Sifneos expone el concepto de alexitimia. Todas estas ideas enfatizan la concreción del funcionamiento psíquico cuando se presentan manifestaciones psicosomáticas. Pero es importante aclarar que no se trata de un nivel cognitivo disminuido, sino que es propiamente una imposibilidad o dificultad estructural para construir narrativas que doten de significación emocional a las experiencias. Una de las principales tareas de la mente es la de proveer de sentido a las vivencias: es necesario ligarlas, reunir las y organizarlas como representaciones que se edifican desde el interior del psiquismo. La metáfora es el método por excelencia con el que opera la mente: la metaforización de la vida es justamente como esta cobra significado; tal función es la que presenta una falla en el caso del paciente alexitímico.

Un interesante estudio citado por Taylor muestra cómo las personas alexitímicas se distinguen por una imposibilidad para componer lo que él denomina *infraestructura mítica*. A pacientes con enfermedades y dolor crónico que denotaban signos alexitímicos, se les pidió elaborar un dibujo y después una narración a partir de nueve elementos simbólicamente estimulantes (una cascada, una espada, un refugio, un monstruo devorador, un personaje, el agua, un animal, el fuego y un elemento de libre elección que tuviera la característica de ser cíclico o modificarse). Las diferencias entre los pacientes alexitímicos

y los neuróticos fueron por demás notables: los primeros fueron incapaces de crear un mito, de integrar una historia plena de significado que permitiera enfrentar ansiedades; la característica fundamental de su intento fue la falta de cohesión, con elementos no coordinados y una aparente pobreza imaginativa, simbólica, que permitiera establecer lazos de significación. Por el contrario, los sujetos predominantemente neuróticos que participaron pudieron construir una infraestructura mítica donde emplearon símbolos, los dotaron de sentido, los ligaron significativamente, consiguiendo la representación y resolución de ciertas angustias. Desde luego, la persona neurótica tiene sus propios conflictos (ambivalencias, contradicciones, hostilidades, etc.), pero cuenta con un equipamiento mental que le posibilita metabolizar sus experiencias. Dos imágenes dan muestra de cuán distantes son las formas de representación de un grupo y otro: el dibujo A sugiere una interrelación narrativa entre los elementos, otorgándoles una carga simbólica y unión; pero las partes que componen a figura B se mantienen inconexas, carecen de una descripción implícita que las articule como un solo elemento.¹

La construcción de una capacidad para metabolizar las experiencias emocionales se establece en los primeros meses y años de vida. Es en ese tiempo donde se introyecta esta función partiendo de una íntima interrelación con los personajes de cuidado más cercanos, como la madre. Ella pone al servicio del bebé sus afectos y su mente, le “digiere”, en un inicio, las vivencias incomprensibles y excesivas que el pequeño experimenta. La presencia, disponibilidad, capacidad continente y predictibilidad de esta figura posibilitan que el infante incorpore aquella facultad para que más adelante metabolice las emociones dentro de su propia mente. Estos son los momentos en los que ocurre la constitución del psiquismo y, cuando hay fallas, dichas situaciones arcaicas y primitivas quedan presentes en la organización de la personalidad, aunque con el tiempo se desarrollen distintas modalidades más evolucionadas de funcionamiento. Recordemos que la estructura de la personalidad abarca un amplio espectro, un entramado caracterológico, en el que determinadas circunstancias como las angustias arcaicas o los mecanismos primitivos, corresponden a regiones dinámicas dentro de la mente que pueden confluir con otras más evolucionadas. Esto explica por qué hay pacientes que no necesariamente presentan los rasgos de carácter típicos de la alexitimia tales como carencia de imaginación, ser sumamente concretos, parcos en sus relatos, etc., cuyas personalidades se encuentran dotadas de cualidades creativas en algunas áreas, pero que, al mismo tiempo, poseen otras ligadas a funcionamientos mentales fallidos y deficitarios, donde ciertas experiencias quedan atoradas, no procesadas y evacuadas al cuerpo, las cuales se expresan de un modo distinto al conflicto neurótico.

Comentaré brevemente una viñeta para ejemplificar estas ideas: Antes de cumplir los cincuenta años, Esther me llama pidiendo una entrevista. No está segura de saber qué necesita, en sus palabras, ya lo ha probado todo: terapias, años de medicamentos, psiquiatras, consultas con otros especialistas... Ya no puede más. Sus depresiones son recurrentes, la abruman sentimientos de vacío, la apatía y el insomnio. Cuando todo esto se combina con una gran angustia, piensa que sería mejor no estar viva. Dentro de los síntomas que aparecen como parte del cuadro, presenta una migraña crónica y severa que la llega a incapacitar.

¹ Véanse las imágenes A y B anexas al final de esta conferencia [nota del editor].

Su madre fue una mujer muy trabajadora, exitosa en su profesión y sostén económico del hogar. Sin embargo, siempre tuvo dificultades para involucrarse cercanamente con sus hijos, tal es así, que siendo Esther muy pequeña, parte a otro país a trabajar por un largo período de tiempo. El absorbente trabajo de la madre y, probablemente, sus limitaciones emocionales, motivaron a que fuera su abuela quien se ocupara de la crianza de la niña.

Esta mujer, personaje central en la vida de mi paciente, llegó de Polonia a México en los años treinta; parece que sus primeros años en México fueron prósperos: dio a luz a una hija con el hombre del que aparentemente estuvo siempre enamorada y se adaptó a la vida que el nuevo medio le ofreció. Su vida fue ensombrecida cuando, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, pierde contacto con su familia que se quedó en Europa. Pensaba que sería cuestión de esperar un tiempo, naturalmente inquietante, para recibir noticias de nuevo y reestablecer la comunicación con ellos. Sin embargo, a mediados del cuarenta y cinco ocurrió la tragedia. Esther recuerda que su abuela guardaba permanente en su bolsillo una carta sombría que miraba frecuentemente mientras sus ojos se anegaban; la carta estaba siempre con ella. Mi paciente, sin poder entender aún por su corta edad lo que aquello significaba, advertía en sí misma el estremecimiento doloroso, oscuro y frío que ya no solamente pertenecía a su cuidadora. En aquella época, los rumores sobre el holocausto ya circulaban en la comunidad judía, pero solían descartarse como especulaciones amarillistas sobre la guerra; la incredulidad frente al salvajismo y la atrocidad del genocidio mantenía viva la esperanza de que, pasado el conflicto, el reencuentro con sus seres queridos tendría lugar, pero la noticia que recibió después fue devastadora: su familia entera, sus tres hermanas, los dos hermanos y sus padres, habían sido todos asesinados en un campo de concentración.

Esther nace pasados trece años de este suceso. Su abuela es una mujer amorosa y muy lastimada. A la usual ausencia de la madre, se une la desolación silenciosa de la abuela, su desvitalización y tristeza acompañaban los mimos, los cuidados afectuosos y las reprimendas nunca severas que prodigaba a Esther. La noción de *la madre muerta* que Green (1983) propone parece encajar con la descripción que la paciente transmite sobre su abuela:

...no se trata de las consecuencias psíquicas de la muerte real de la madre, sino de una imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna que transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, cuasi inanimada... La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida (209).

La historia de Esther está cruzada tanto por pérdidas trans-generacionales que llenan de desconsuelo y odio insuperable, como por vivencias de separaciones reales y emocionales de sus figuras básicas: la madre y la abuela. No es casual entonces que el componente central que se ha repetido en esta historia dentro del tratamiento y en la transferencia sea lo insoportable que le resulta la separación.

El primer tiempo de análisis se caracterizó por una sensación de fragilidad en el vínculo analítico. Esther manifestaba una necesidad desesperada por el tratamiento, pero también un fantaseo constante y atormentado de perderlo; la supervivencia de nuestra de relación —e imaginativamente de mi presencia— se encontraba permanentemente

amenazada. Por supuesto, un aspecto también violento y celoso se encendía frente a cada separación. Para fines del tema que hoy nos concierne, diré que durante el primer año de tratamiento Esther padeció migraña prácticamente todos los fines de semana y llegaba así, con este cuadro de dolor, a las sesiones del lunes por la mañana.

El vínculo analítico pronto se convirtió en un espacio donde volcar sus necesidades infantiles y tempranas dentro de una relación plagada de emociones. El tiempo en el consultorio devino en un encuentro con otra mente que le ayudó a discriminar, ordenar, calmar, entender y evolucionar su desarrollo mental. Mas, percibir el alejamiento con este otro producía tal nivel de frustración, vulnerabilidad, desvitalización y rabia que no había manera de metabolizarlo: era imposible construir un sueño que diera cuenta de ello o ponerle palabras ricas en simbolismo a la situación. En la repetición transferencial yo me convertía en la abuela muerta en vida, o bien, en la madre, quien teniendo otros intereses la abandonaba, provocándole un desbordamiento de hostilidad. Después de una semana de intenso trabajo y cercanía, aquella figura comenzaba a desvanecerse. La combinación de terror por la orfandad vivida, la rabia frente al apartamiento del otro, la separación de un objeto con el que se fusiona vivida como aniquilación, la confusión de emociones donde el odio y el afecto están presentes simplemente la rebasaban y, entonces, la migraña hacía su aparición.

Justamente aquí encontramos el campo del déficit simbólico donde no hay fantasía; esa área mental arcaica y precoz, digamos, protomental. No hay contenidos psíquicos a traducir mediante la interpretación en términos verbales y su característica fundamental es la ausencia. Técnicamente, las funciones mentales del analista, como la imaginación activa y la creatividad, son esenciales para edificar una vida de fantasía en el paciente. La actividad interpretativa se mantiene, pero no a la manera tradicional: la finalidad ya no es el desciframiento, sino la construcción de sentidos. Los atributos emocionales del terapeuta son siempre importantes y, más aún, dentro del campo de lo protomental y lo primitivo son indispensables. Cuando lo diádico prevalece, es frecuente que las palabras sean tomadas como enlace sensorial, como una forma de contacto. Las interpretaciones en esta situación muchas veces se dirigen al estado mental del paciente y a la forma de utilizar el lenguaje. Son momentos en que es necesario suspender la interpretación clásica e intervenir construyendo metáforas que den cuenta de los estados mentales del paciente.

Daré algunos ejemplos de las interpretaciones que hacía en estas sesiones de los días lunes. Esther llegaba adolorida físicamente, con migrañas agudas, habiendo pasado un fin de semana tormentoso, confuso, tratando de hacer un re-apego del vínculo posesivo y atropellado: *“Parece que llegas como una corredora exhausta a la meta del lunes. Es un esfuerzo enorme hacerte cargo de tantos afectos intensos y muchas veces contradictorios dentro tuyo. Te quedas agotada y adolorida”*. O bien, *“la separación del fin de semana te deja muy atormentada: enojada, asustada, con nostalgia... se siente como demasiado. Por lo que me dices, da la impresión de que pasó un tornado violento y confuso que te dejó como un pueblo devastado”*. Otra interpretación más dentro de esta línea: *“Tu mente funciona estos días de separación como un reactor nuclear de dolor emocional. Es apremiante llegar aquí para intentar enfriar y calmar a ese reactor de dolor que parece estar tan activo por momentos”*. Técnicamente procuro dos cosas: describirle su estado emocional y aportarle metáforas imaginativas que puedan dar cuenta de estos estados. Generalmente, cuando las intervenciones logran calmarla, surge el recuerdo de sus sueños y forma relatos significativos.

Estos son algunos sueños que aparecieron después del trabajo continente interpretativo, que en retrospectiva dan cuenta de aquello que parece que la mente no podía digerir: *“Recuerdo que soñé con un bambineto lleno de basura, había dentro un bebé abandonado que a lo mejor se moría. Se iba secando, se le secaban los brazos, las piernas, se estaba secando todo y si no lo atendía, se terminaría por morir a causa de secarse”*. Otro: *“Soñé con lo que primero parecía el vampiro que ya he soñado otras veces, pero no, era el Dibuk, que es como un demonio o monstruo que se mete en el cuerpo de otro. Si decías su nombre se te podía meter en el cuerpo”*. Menciona que en la religión judía existe la creencia de que después de enterrar a alguien, conviene no ir los siguientes días al panteón, porque su alma puede desear quedarse en la tierra al ver a un ser amado y meterse dentro de una persona.

Sus sueños están vinculados a ansiedades de separación agudas y a angustias melancólicas –el bebé que muere podría relacionarse con deseos de fusión y posesivos; el vampiro y la posesión demoníaca, con la rabia que genera la ausencia; la basura, con la cualidad hostil del segundo sueño, entre otros aspectos–. Cuando el analista puede receptivamente contener estas emociones y aporta palabras a las experiencias innombrables, la posibilidad de metaforización simbólica tiene la facilidad de, en el mejor de los casos, surgir y aumentar. Así entonces, los sueños comenzaron a reemplazar la migraña.

El caso de Esther es el de una patología grave con un trastorno psicossomático crónico, pero no debemos olvidar que todo ser humano, por más saludable psicológicamente que sea, puede enfermar. Hay experiencias emocionales que exceden la facultad mental de “digerirlas” y si bien la forma personal de decodificar las vivencias es determinante y no se puede generalizar, podemos pensar que situaciones tales como los duelos, las migraciones, los divorcios, la pérdida de estabilidad económica, entre otros, son factores precipitantes de ansiedades que a veces el psiquismo no es capaz de metabolizar.

Debemos, además, tener presente que no todas las situaciones psicossomáticas parten de áreas del psiquismo arcaico y de funcionamientos protomentales. Es muy importante no confundir el concepto de psicossomático con lo puramente alexitémico o con lo primitivo no simbólico. “Psicossomático” se refiere específicamente a que existe un equilibrio somato-psíquico complejo, una profunda interrelación de la mente con el cuerpo.

Algunos pacientes se enferman –incluso crónicamente– y presentan otro tipo de trastornos y estructuras de carácter, como las personalidades sobre-adaptadas que estudia David Liberman, las cuales poseen un alto grado de eficiencia vital (suelen ser sujetos exitosos, muy capaces en diversas esferas de la vida y marcadamente competitivos), un ejemplo de esto sería el de un ejecutivo de alto nivel que trabaja jornadas largas, es simultáneamente un gran atleta y de pronto sufre un infarto al miocardio. En estos casos, el cuerpo es experimentado como una maquinaria hiper-eficiente llevada al límite; las ansiedades tempranas o las vivencias de vulnerabilidad no son percibidas hasta que el cuerpo cae enfermo. Aquí estamos hablando generalmente de organizaciones narcisistas con una buena capacidad simbólica, no obstante, la escisión que se presenta en estos pacientes tiene que ver con un ideal del yo megalómano: no registran el cansancio o la fragilidad, no por un déficit o falla estructural, sino por la hiper-exigencia interna de tener que ser grandiosos.

También podemos mencionar aquellas situaciones donde el trastorno de carácter del sujeto complica el cuidado adecuado de su salud, por ejemplo, la paciente depresiva melancólica que elige a un mal médico o un mal tratamiento porque piensa que no merece

algo bueno, el hombre narcisista que no hace un chequeo de control adecuado porque cree que él no se enferma como el resto de la humanidad o el paranoide que juzga que los médicos son estafadores y únicamente quieren aprovecharse de su condición. En fin, existe una gama muy amplia de escenarios donde los rasgos patológicos de personalidad impiden una correcta atención médica, sin embargo, esto en sí mismo no sería catalogado como psicósomático, aunque sí como un asunto que el analista debe intervenir en el tratamiento.

Estas Jornadas tienen, entre otros objetivos, el propósito de ubicar teóricamente al analista frente a la unidad somato-psíquica que es el paciente. Curiosamente, desde una disciplina nacida en un contexto cartesiano como lo es el psicoanálisis, se pretende, por medio de la comprensión y el estudio de la psicósomática, disminuir el dualismo conceptual que separa a la mente del cuerpo al que pertenece, el cual se remonta a los orígenes del pensamiento occidental.

Figura A



Figura B

