

# Realidad, símbolos, trastornos psicósomáticos a la luz de Winnicott

*H. Horacio García*

El estudio de los trastornos *psicósomáticos*, plantea problemas de gran interés teórico-clínico. Intentaré correlacionar las ideas de Winnicott sobre este tema, con otros desarrollos posteriores y hacer algún aporte personal. Este trabajo tiene continuidad con otros anteriores en los que he enfatizado la vinculación entre el pensamiento de Winnicott y los diferentes cuadros psicopatológicos (García, H. 96-97-98).

Una de las maneras posibles de entrar en tema es a través de la clínica; a continuación delimitaré ciertos ejes teóricos centrales y haré un desarrollo *genético-dinámico* para finalizar con una aproximación a los problemas *técnicos* que plantean estos pacientes. Por supuesto tendremos muy en cuenta lo que desde Hipócrates se ha sostenido y que en estos casos resulta particularmente importante: “No hay enfermedades, sino enfermos”. Para aumentar la complejidad del tema, no queremos olvidar tampoco lo que nos plantea Winnicott (1964) sobre el riesgo, al estudiar y tratar estas patologías, de teorizar en exceso.

Para su descripción tendremos que separar, como hacen estos pacientes en la realidad, sus características corporales de las emocionales, pero intentaremos luego relacionarlas (cosa que ellos no pueden hacer) y alcanzar una comprensión que tenga en cuenta la posible génesis de este tipo de... ¿*personalidad*? Este es el primer interrogante que se nos plantea: hay quienes sostienen que no habría una *personalidad psicósomática*, basándose en estudios clínicos que indudablemente merecen ser tenidos en cuenta (Thomä y Kächele, 1990).

Creo que existe la posibilidad de compatibilizar estos dos puntos de vista al plantearlos, no como opuestos, sino como diferentes caras de una misma realidad.

Todos, en momentos críticos de nuestras vidas, hemos sufrido síntomas psicossomáticos que van más allá de los que, por su mecanismo de formación, definiríamos como conversivos (tal vez, la explicación sea predominantemente económica). También sabemos que existen pacientes que no se corresponden con el cuadro que voy a describir a continuación y que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas. Hay, sin embargo, un tipo de personas que tienen una particular predisposición para desarrollarlos, a ellas se las describe con ciertas características que ya casi se puede decir son clásicas (Marty, 1991, Liberman y col. 1982). La descripción que voy a hacer puede parecer exagerada porque corresponde a un enfermo psicossomático puro, forma que no existe en la *clínica*, pero que nos servirá como ejemplificación y punto de partida de reflexiones, independientemente de que ésta sea o no la forma más frecuente de presentación.

Tienen una relación especial con la *realidad* a la que se sobreadaptan, viviéndola de una manera impersonal y excesivamente objetiva. Son personas muy abocadas a su trabajo (aún su ocio se transforma en un trabajo), hiperexigidos, hipereficaces que logran éxitos externos, y que inducen a que se los exija. Pueden distorsionar los mensajes de manera tal, que la expresión de deseos por parte de alguien es transformada en una orden para ellos; esto lleva a que algunos presenten una aparente generosidad patológica, no melancólica. No saben pedir y a veces ni siquiera se puede inferir cuáles son sus necesidades porque está disminuido lo preverbal o gestual. También puede ocurrir lo opuesto: al ver a los demás parecidos a sí mismos, se tornan inadecuadamente exigentes. Son personas que suelen enfrentar los peligros y valorizan este tipo de conductas, esto es casi una ideología en sus vidas. Se pueden diferenciar estas conductas de las contrafóbicas, las que son mucho más inestables e implican una huida hacia delante que se mantiene dentro del complejo de Edipo y la castración.

Todo esto es coherente con la presencia de un Yo Ideal, que se manifiesta como un ideal narcisista de omnipotencia (producto de una identificación primaria con la madre), que los tiraniza y

que se caracteriza por la desmesura de sus requerimientos. Marty (1991) y Liberman y col. (1982) hacen descripciones parecidas sobre la estructuración de estos ideales.

Hay un aumento de la *percepción* distal (vista y oído) en desmedro de la percepción interior y de su propio cuerpo. Por ello no registran con claridad qué es lo que les sucede, si están tristes o enojados, o si están cansados y necesitan descansar, por lo que a veces pueden desarrollar actividades sin parar, hasta que el cuerpo se manifiesta, enfermándose. En líneas generales se puede decir que el nivel pulsional está sumamente controlado y que hay un gran predominio del principio de realidad por sobre el principio de placer.

En cuanto a los *afectos* presentan una desconexión que ha sido denominada alexitimia (a-falta, lexi-lectura, timia-afectos) (Sifneos 1973). También han sido descriptos por Engel y Schmale (1967) estados afectivos que pueden estar relacionados con el inicio o agravamiento de enfermedades en general, y que son sintetizados por lo que sería el complejo “darse por vencido / dado por vencido”. Suele estar acompañado por pensamientos del tipo “no puedo soportarlo más”, “me rindo”, “es demasiado”, “no vale la pena”. Por supuesto, la frecuencia de estos estados va a ser directamente proporcional a las exigencias que provienen de ese *Yo Ideal* al que nos referimos anteriormente.

Sobre el *pensamiento* del psicossomático, Marty y M’Uzan (1991) lo denominan *pensamiento operatorio*, respecto del cual dicen que es consciente, no parece poseer lazos con la actividad fantasmática, duplica y ejemplifica la acción, ya sea que la preceda o la siga, pero dentro de un campo temporal determinado. No le da significado personal a los hechos sino que los duplica (al estilo de una computadora). Esto no significa que sea de bajo nivel, puede ser de alta complejidad y aún muy abstracto. Es una especie de proceso secundario (muy alejado del primario) que mantiene un contacto superficial con los objetos. Existe una disminución del uso de *símbolos* en la tramitación de los procesos psíquicos, las cadenas asociativas son sumamente pobres (una mesa es una mesa y nada más). Es manifiesta la escasez de sueños o de asociaciones en el caso que éstos aparezcan. Marty los ha denominado “sueños crudos” (1991).

Aunque sean personas que a veces tienen logros extraordinarios en su profesión o una relación familiar aparentemente plena,

sufren una sensación de “ajenidad” con respecto a sus vidas y sus acciones, que les parecen ser efectuadas por un “personaje”. Se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad. Este tipo de percepción se da en algunos pacientes en momentos de cuestionamiento de sus vidas.

Existe una relación especial con el *cuerpo*, que es llevado como motivo de consulta, pero vivido como algo ajeno y que, citando a Liberman y col. (1982), se ha manifestado “como una fuente no domesticada de exigencias, que es concebido como un objeto molesto que pone en riesgo su sobreadaptación” (pág. 29). Esto se traduce en la falta de insight con respecto a sus padecimientos y a la posible relación que éstos puedan tener con algún acontecimiento de naturaleza emocional. La entrevista tiene características que han sido descritas como el síndrome del “Eso es todo”. Estas suelen ser las palabras con las que finaliza la descripción de sus síntomas corporales, a los que expone como hechos aislados sin establecer ninguna relación. Ve al profesional como una función, una máquina sofisticada a la que le debe relatar lo que le pasa y del que espera que lo cure, entablando lo que Marty (1991) llama una “relación blanca”. El entrevistador puede experimentar el “signo de la vidriera”; éste evoca la dificultad de lograr una relación empática con el paciente, que está “presente pero vacío”.

La tendencia a presentar *síntomas corporales* con presencia de lesiones orgánicas, más o menos graves, en los momentos en los que soportan algún tipo de sobrecarga psíquica requiere el diagnóstico diferencial con los diferentes cuadros que tienen al cuerpo como protagonista, ya sea la histeria de conversión, las patoneurosis, la hipocondría o la accidentofilia, sobre los que no me voy a extender.

Antes de la aparición de los síntomas corporales, se presenta una depresión sin objeto ni autoacusación, sin culpabilidad consciente, con un sentimiento de desvalorización personal, de herida narcisista y disminución del tono libidinal. Esta ha sido llamada “depresión esencial” por Marty (1991). Otra posibilidad, descrita por Winnicott (1964), es que estos síntomas sean consecuencia de una experiencia de despersonalización.

En esta descripción, llama la atención su similitud a lo que sería un paciente esquizoide, al que se le agregaría la tendencia a enfermar corporalmente en momentos críticos de su vida. Esta

idea nos puede ayudar a entender mejor los problemas que plantean estos pacientes.

Retomando la pregunta formulada al principio, Thomä y Kächele no apoyan la idea de la existencia de una estructura psicossomática, porque podría significar una restricción en contraindicación con la experiencia clínica. Esta les sugiere más bien una constelación heterogénea de conflictos. No acuerdan con la idea de alexitimia, y se basan en que sobre 20 trabajos estudiados, incluido el de Sifneos (1973), en 17 no se encontró la alexitimia como rasgo de personalidad psicossomática, sino que aparece en otros grupos clínicos y también en un número comparable de personas sanas. Tampoco están de acuerdo con las descripciones de los autores de la Escuela Psicossomática de París, en cuanto al pensamiento operatorio, a la particular ausencia de fantasía y apego a la realidad concreta.

Joyce McDougall (1991) también plantea algunas dudas con respecto a la idea de que todos los pacientes con trastornos psicossomáticos tengan la misma presentación clínica, hay algunos que se aproximan a la descripción de Marty, pero otros no lo hacen.

Respecto a las consideraciones *genético-dinámicas*, incluyo la interacción de todas las series complementarias, aunque enfatice el desarrollo temprano. Para que se presente este tipo de problemática debe haber circunstancias que abarquen toda la vida del sujeto.

Estas consideraciones son particularmente importantes porque nos pueden dar una respuesta en cuanto a lo que habría de específico, que caracterice a la enfermedad psicossomática y que no pase necesariamente por los síntomas clínicos, sino por sus mecanismos de formación.

A modo de introducción al pensamiento de Winnicott voy a utilizar una serie de citas para dar un panorama sobre su concepción respecto a la integración del psiquesoma y las consecuencias de un desarrollo patológico en este nivel, que van a dar origen a los desórdenes *psicossomáticos*.

*“La base de la psique es el soma, y en la evolución éste vino primero. La psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, siendo su misión más importante la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado con el percataamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro.*

*Así cobra existencia el Self...* (pág.39, Naturaleza Humana). *La naturaleza humana no es cuestión de mente y de cuerpo sino de psique y soma interrelacionados donde la mente es como algo que florece al borde del funcionamiento somático...* (pág. 49 Naturaleza Humana).

*“Personalización” es una palabra que puede emplearse para dar el nombre a la consecución de una relación íntima entre la psique y el cuerpo... A veces la enfermedad psicosomática es poco más que el fortalecimiento de este nexos psicosomático ante el peligro de que el mismo se quiebre. La rotura de este nexos produce diversos estados clínicos que reciben el nombre de “despersonalización”. También aquí lo contrario del desarrollo que observamos en el niño dependiente lo constituye un estado que reconocemos como enfermedad mental: la despersonalización, o bien el trastorno psicosomático que la oculta.”* (Los casos de enfermedad mental, 1963, pág. 273)

Las citas siguientes son tomadas de “Elementos positivos y negativos de la Enfermedad Psicosomática” (1964). *“En el trastorno psicosomático, la enfermedad no reside en el estado clínico, tal como se manifiesta en una patología somática o en un funcionamiento patológico (colitis, asma, eczema crónico). Lo que constituye la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente, o de disociaciones múltiples... (pág. 130). Este estado mórbido del paciente es en sí mismo una organización defensiva con determinantes muy poderosas, razón por la cual es muy común que médicos bien informados, bien intencionados y hasta excepcionalmente bien equipados fallen en sus empeños por curar a pacientes con un trastorno psicosomático”* (pág. 131).

*“La enfermedad psicosomática es el negativo de un positivo, que es la tendencia a la integración... El positivo es la tendencia heredada de cada individuo a alcanzar la unidad de psique y soma... A esta etapa del proceso de integración podría denominarse la etapa del “yo soy...”* (pág. 140)

Tomando en cuenta las ideas citadas de Winnicott sobre la naturaleza humana y su desarrollo, pienso que el estudio de la problemática de estos pacientes se verá facilitado al centrarla en los temas siguientes:

- A. La enfermedad y el instinto de muerte.
- B. Cómo se accede a la relación con la realidad.

- C. La transicionalidad y el inicio de la simbolización.
- D. La escisión mente-falso self / psiquesoma-verdadero self. El pensamiento.
- E. Presencia de un Yo Ideal desmesuradamente exigente.

A) Se hace necesario discutir el problema del instinto de muerte, porque de manera más o menos directa es incluido por diferentes autores en la explicación de la enfermedad psicósomática (Marty, 1991, Liberman y col. 1982). Para esto tomaré nuevamente unas citas de Winnicott sobre el tema:

*“Se parte de un inicio en el que hay un estado de no integración, no hay integración entre cuerpo y psique, y no hay lugar para una realidad distinta de mi,... esto solo es posible si la adaptación a las necesidades es total y la dependencia es absoluta. En esta etapa unida es la configuración medio ambiente-individuo...”*

*Se puede hacer la pregunta ¿cuál es el estado del individuo al emerger el ser a partir del no ser? Al principio hay una soledad esencial, pero como habíamos dicho esa soledad sólo puede tener lugar en condiciones de máxima dependencia. Salvo en el comienzo nunca se reproduce exactamente esta soledad fundamental e inherente; el deseo de alcanzarla es obstaculizado por diversas angustias...*

*El estado previo al de la soledad es el de la falta de vivacidad. El deseo de estar muerto es comúnmente un deseo disfrazado de no estar todavía vivo. ...La mayoría de lo que se dice y siente sobre la muerte se refiere a este primer estado anterior a la vivacidad... La vida de un individuo es un intervalo entre dos estados de falta de vivacidad...*

*Freud se refirió al estado inorgánico del cual emerge cada individuo y al cual retorna; a partir de esta idea formuló la teoría de los instintos de vida y muerte. ...Desde el punto de vista del individuo él no emergió de un estado inorgánico sino de la soledad, tal estado surgió antes que pudiera reconocer su dependencia (que es dependencia respecto de una confiabilidad absoluta) y fue muy anterior al instinto y más distante todavía de la capacidad de sentir culpa ...El bebe (o el feto) no tienen capacidad para preocuparse por la muerte pero sí por la soledad de la pre-dependencia... Si se verifica la secuencia soledad, doble dependencia, impulso instintivo en un estado anterior a la cruel-*

*dad y luego preocupación y culpa, no me parece necesario introducir un instinto de muerte...*" (*Naturaleza Humana*, pág. 185-189).

Si prescindimos de la teoría del instinto de muerte deberemos buscar otra explicación para los cuadros clínicos en los que se observa el anhelo de alcanzar ese estado de Nirvana, con el que se ha caracterizado la búsqueda de la muerte. Sería el intento de encontrar paz, en la *no vida*, consecuencia de que en lugar de la soledad inicial (que no es ansiógena y que en la salud tendría que ver con la capacidad de estar solo-acompañado), se ha padecido conflictos demasiado tempranos. Considero que ésta es una explicación adecuada para una serie de pacientes en los que se encuentran patologías sumamente graves, y que suelen tener un final dramático. Se lo puede observar no sólo en pacientes psicossomáticos, sino también en cuadros de drogadicción, suicidios, etc. en los que asistimos impotentes a fenómenos pasibles de conducir a la muerte. Para intentar comprender estos desenlaces podemos volver a Winnicott (1963) cuando dice que no todos pueden morir. Nos aclara que hay personas que aunque biológicamente estén vivos, por problemas en su desarrollo, no han llegado a "vivir y existir" (o sea no han logrado la unidad psicossomática básica), u otros que han muerto psicológicamente con posterioridad. En estos casos la búsqueda de la muerte es nada más y nada menos que llevar a la realidad biológica lo que ya ha sido experimentado. La muerte no tendría el mismo sentido para todos.

Cuando Winnicott (1964) piensa en los síntomas psicossomáticos, los entiende como intentos de *integración* frente a experiencias de *despersonalización*. Estas están facilitadas por la existencia de escisiones básicas en la personalidad del tipo mente-psiquesoma y falso-verdadero self. Para que esto haya ocurrido ha debido existir una inadecuación del medio en el período en que se producen los procesos de *integración-personalización-relación con la realidad objetiva e inicio del área transicional*.

B) En cuanto a poder lograr la vivencia de sentirse real y vivir en una realidad consensual, se debe partir del hecho paradójal de que cada persona crea, en su experiencia, al mundo, que desde luego ya existe. Si todo evoluciona bien, se irá adaptando esa



creación al mundo objetivo de la realidad consensual. Pero va a mantenerse de trasfondo ese mundo creado como base de sus relaciones “reales”. Respecto al descubrimiento de la *realidad* Winnicott siempre ha sostenido que hay una *creatividad primaria* que hace que no sólo se proyecte lo introyectado, sino que cada persona hace un aporte personal a su concepción de la realidad.

Sobre esa primera experiencia de creación, se produce otra posterior como consecuencia de la acción de la *motilidad primaria*, del inicio de la *agresión intencional* y del choque con los objetos externos. Estos se resisten a la experiencia inicial mágico omnipotente (no defensiva), y a su aniquilación. A partir de allí se tiene la convicción de la pertenencia de ciertos objetos a la *realidad objetiva* por fuera de los fenómenos subjetivos. La realidad, aunque sea consensual, va a conservar un carácter muy propio y personal. Consecuentemente se va a dar la posibilidad de *uso del objeto* (Winnicott, 1968).

Existen fallas en el inicio de la experiencia de “realidad” por parte de aquellos que van a estar propensos a enfermar. Ellos descubren la realidad precozmente porque se les impone en la experiencia de privación a que el medio los somete. A partir de aquí quedan sojuzgados o tratan de dominarla. Son personas en las que habrá un predominio del *hacer* sobre el *ser*, que ha sido mutilado. Pueden tener una gran habilidad para adaptarse a una realidad desvitalizada y una gran dificultad para relacionarse con sus propios afectos.

C) En el desarrollo normal, durante la posición depresiva, paralelamente al inicio de la relación con la “realidad objetiva”, se produce el comienzo del área transicional con la aparición del *objeto transicional* en lo que será el inicio de la *simbolización*.

El objeto transicional es el primer símbolo, representa la confianza en la relación con la madre y sirve de alivio a las ansiedades depresivas normales de esta época. Aquí puede producirse otra falla: si está comprometida la creatividad inicial, la experiencia de creación del objeto transicional queda anulada o disminuida, o frente a algún problema posterior con el objeto externo que le quite vitalidad al objeto interno o lo transforme en persecutorio, producirá la pérdida de la transicionalidad.

El inicio de la cadena simbólica entonces, corre riesgo. La posibilidad de usar símbolos (y creer en ellos) para poder elabo-

rar las múltiples experiencias de ausencia de los objetos a lo largo de la vida, queda comprometida y no va a haber elementos suficientes en el área transicional que permitan por ejemplo: a) elaborar duelos, b) producir síntomas a través de mecanismos neuróticos, por la ausencia de simbolización o c) crear sueños para la elaboración psíquica de los traumas.

Renata Gaddini (1967) toma los aportes de Winnicott con respecto al objeto transicional como el inicio de la simbolización. Agrega lo que denomina el objeto precursor, que clasifica en dos tipos: los que son para ser chupados y los que toman contacto con la piel. Estos objetos son previos a que el bebé alcance el control motor y un desarrollo suficiente de su relación con la realidad para que se desarrolle el objeto transicional. Observó que si estos objetos le son quitados aparecen trastornos como la rumiación o cólicos que interpreta como los síntomas psicossomáticos más precoces; lo mismo ocurría si la madre por cualquier causa abandona emocionalmente al bebé. Esos objetos precursores pierden su importancia cuando aparece el objeto transicional, con sus características paradójales de ser un objeto que es sentido como creado omnipotentemente, pero sabiendo que es tomado de la realidad. Describe, además, que los chicos que padecieron asma de mediana o severa gravedad, hacia el final del primer año o en los primeros años de su vida, ninguno desarrolló un objeto transicional. Entiende al síntoma psicossomático como una estructura relacionada con el objeto transicional, pero patológica.

Pienso que es al resultado de esta dificultad en la simbolización al que se refiere Marty (1991) cuando habla de la disminución del espesor del preconsciente por falla de la calidad y cantidad de representaciones. También se lo puede asimilar a las ideas de Bion (Meltzer, D. 1981) respecto al déficit de la función de *reverie* que produce la transformación de elementos beta en alfa. Como consecuencia, los elementos beta sólo pueden ser proyectados o lograr expresión a través del cuerpo. Los elementos alfa son los símbolos aptos para ser utilizados como pensamientos, y poder evaluar y decidir con el fin de actuar, estando ligados también a la producción de sueños. Esta descripción es coherente con la observación clínica que habla de la ausencia de sueños en estas circunstancias. La concepción de la enfermedad psicossomática como *neurosis actual*, en la que la carencia de

símbolos dificulta la elaboración en términos económicos de una situación traumática, también es coincidente con esta concepción. Este último punto es enfatizado por los autores que se ocupan del tema (ver Winnicott, 1957 cuando habla sobre la trombosis coronaria), dada la importancia del factor económico como desencadenante en las patologías agudas.

D) Si se produce una inadecuación y en consecuencia una *intrusión del medio* el desarrollo quedará dificultado más o menos precozmente, con la interrupción de la *continuidad del ser* y la aparición de una *angustia impensable* que lleva a un desarrollo patológico. Se produce la *introyección del medio ambiente* y la aparición de un *falso self patológico* (Winnicott, 1960) asociado a una hipertrofia de la *mente* (que en tal caso, tiene una función falsa y una vida propia, dominando al psiquesoma, en lugar de ser una función de éste). En esta hipertrofia de la *mente* (Winnicott 1949) podría estar la posibilidad de entender la vida y el pensamiento operatorio que suelen acompañar a los trastornos psicosomáticos. El funcionamiento de la *mente* como estructura escindida del *psiquesoma* es responsable de la *hiperlógica y sobrevaloración de la ideas que caracteriza al pensamiento esquizoide*. El *verdadero self* queda oculto, junto a la imposibilidad de vivir con un *psique soma integrado*. Podemos suponer que esto último va a ocurrir si lo que se ha producido como falla está acentuado en el *handling* (que es la función de la *madre y el medio ambiente* que va favorecer la integración psiquesoma).

La consecuencia clínica de la presencia del *falso self patológico/mente hipertrofiada* (que es producido por la introyección masiva del medio como defensa frente a sus fallas), abre infinitas posibilidades en cuanto a las diferentes formas de presentación de los cuadros; va a depender de la diversidad de historias personales en la interrelación con los padres y el medio en general. Winnicott (1964) nos da el ejemplo de una paciente en la que el tratamiento fracasó, porque lo que él trató en una psicoterapia fue el inconsciente de la madre que se manifestó en la enfermedad de la hija. Tal vez esto ayude a comprender el problema antes mencionado con respecto a la existencia o no de una *personalidad psico-somática*. Muchos pacientes sufren la *escisión* que caracteriza a esta patología, pero la presentación clínica variará, dependiendo de lo que se haya introyectado como

*falso self*. Esto sólo se dilucida en el proceso terapéutico, cuando descubrimos que parte de lo que vemos clínicamente corresponde a estas identificaciones patológicas. Si bien esta propuesta deja dudas planteadas, nos permite encontrar algunas respuestas, y buscar coincidencias o disidencias con otras líneas de trabajo.

E) Otro tema a desarrollar es el *Yo Ideal* que al plantear aspiraciones desmesuradas e inhumanas, determina situaciones de alta tensión y fragilidad narcisista.

Para que haya mecanismos de modulación genuinos tiene que existir un proceso de interacción con una realidad de las características que hemos descripto en un desarrollo normal, o sea mediante conductas que sean *gestos espontáneos*, expresión del verdadero self. Si se produce una escisión inicial, las aspiraciones van a depender de introyecciones masivas, que sumadas a intentos de reparación de fantasías sumamente agresivas llevan a procesos defensivos de idealización y dan como resultado estructuras de ese tipo. Esta clase de “ideologías”, que tienen razones “lógicas”, que rigen la vida, son frecuentes también en las personas que tienen características esquizoides, por ejemplo en las personalidades fanáticas, capaces de cualquier acción en aras de sus “ideales”. Clínicamente son muy diferentes de las identificaciones del tipo Ideal del Yo, que aparecen como consecuencia de la resolución del Edipo.

Sumado a esta base esquizoide, cabe pensar si se agregan fallas posteriores en la interacción con la madre y el medio ambiente en general, cuando durante la posición depresiva (Painceira Plot, 1997) aparecen la *agresión intencional*, la *sobrevivencia de la madre* y el *gesto espontáneo reparatorio*. De no ser adecuadamente resueltos se plantean problemas con la capacidad de expresar la agresividad que llevan a otras alternativas defensivas como serían:

- a) la utilización de mecanismos reparatorios maníacos;
- b) la presencia de componentes depresivos y obsesivos en el manejo de la agresión;
- c) la regresión a una disociación francamente esquizoide.

Clínicamente, Liberman y col. (1982) describen tres categorías de enfermos psicósomáticos (aunque destacan que esta división no es demasiado específica), que podrían relacionarse con la descripción previa:

- a) pacientes hipomaníacos, con grandes exigencias respecto al éxito y la responsabilidad, que “hacen de tripas corazón”. Suelen padecer enfermedades cardiovasculares.
- b) pacientes depresivos con cierto grado de compulsividad. Aparece allí la patología digestiva: colon irritable, colitis ulcerosa o patología respiratoria como el asma. Son meticulosos, ordenados, controlados y autoexigidos.
- c) pacientes esquizoides que presentan trastornos de piel, autoinmunes, musculares, óseos, anorexia nerviosa, etc. Enfermedades graves pero poco notorias inicialmente. Se los puede describir como con una piel paquidérmica y un interior congelado, sin lugar para la gratificación. Cabe señalar que es este último tipo de pacientes el que se adapta mejor a la descripción más usual de la *personalidad psicossomática*.

Liberman y col. (1982) sostienen un punto de vista amplio: integran lo dicho por Winnicott con un modelo kleiniano que incorpora los instintos de vida y muerte. Sostienen que hay dos puntos de fijación: uno inicial en el que se altera la simbiosis normal. Esto provoca la aparición demasiado temprana de ansiedades melancólicas por la inadaptación materna que imprime un desarrollo patológico a los procesos de introyección y proyección. Habría un segundo punto de interacción patógena situado alrededor del segundo año de vida donde ya se manifiestan las conductas sobreadaptadas y un precoz manejo de la musculatura estriada.

Joyce McDougall (1991) toma muy en cuenta los aportes de Winnicott sobre la transicionalidad y la enfermedad psicossomática, relacionándolos con el proceso de formación de símbolos. También utiliza la idea de falso self en los pacientes que llamó *normópatas*, pero no lo usa para entender a los pacientes que padecen de un proceso de identificación distinto al de la pseudonormalidad que ella observó. Desarrolla el concepto de *histeria arcaica*, en la que el conflicto está centrado en el derecho a *ser y existir*, más que en la temática pulsional sexual.

Se puede concluir que la mayoría de los autores que se ocupan del tema piensan que hay trastornos durante el desarrollo temprano y, de diferentes maneras, explican los observables clínicos, a veces usando diferente terminología para procesos parecidos. Existen, sin embargo, diferencias básicas en cuanto a temas centrales tales como *instintos* de vida y de muerte, forma en que

se accede a la realidad, y proceso de construcción de símbolos.

Es importante aclarar que en estas consideraciones *genético-dinámicas* he utilizado ideas de Winnicott que son parte de su concepción del desarrollo del ser humano y de su enfermar, pero que él no aplicó específicamente a la comprensión de la enfermedad psicósomática. Pasé revista a la discusión que se plantea sobre el instinto de muerte (teoría que él nunca aceptó); la especial forma de relacionarse con la realidad; el uso del concepto falso self-mente hipertrofiada producto de una precoz identificación patológica para entender las diferentes formas de presentación clínica que se describen. Tampoco se ocupó del tema del Yo Ideal que por ser parte del falso self no se puede modificar en el curso de la vida, si no se llega a *descongelar la situación de fracaso* a través de una relación donde aparezca alguna forma, aunque más no sea momentánea, de *dependencia absoluta o doble dependencia*.

A modo de conclusión y síntesis intentaré una respuesta a la pregunta inicial en cuanto a si existe o no una personalidad psicósomática. Creo que es una aseveración que no se puede sustentar sólo en la clínica. Se podría hacer ese diagnóstico en personas que frente a episodios de despersonalización o a depresiones esenciales (que es una forma especial de despersonalización), tiendan a utilizar como mecanismo de autocuración una enfermedad corporal, como intento de integración y búsqueda de una relación con la que se pueda lograr una regresión a la *dependencia absoluta*. En estos casos todavía existe la esperanza de que alguien los cure (cuide) de su malestar. Existen otras personas que pierden toda esperanza de alcanzar esta relación que los cure y cuide por lo que tienden a buscar la paz en el retorno a un estado inorgánico previo a la "vivacidad" y aparece la búsqueda de la muerte biológica. Este último fenómeno no es exclusivo de la enfermedad psicósomática como ya habíamos dicho.

Otra respuesta, que me parece más adecuada, es considerar a los pacientes psicósomáticos como una forma particular de personalidad esquizoide (aunque no lo aparenten clínicamente por la identificación ya descripta) que en momentos de crisis hacen rupturas a predominio corporal, en la búsqueda de una relación con una madre que en su desarrollo temprano les proporcionó una buena atención en este aspecto, aunque haya fallado en otros.

En cuanto a los problemas que se plantean en el *tratamiento* Winnicott (1964) destaca la importancia de la escisión y sus consecuencias:

*“El Psicomatista se jacta de su capacidad para montar dos caballos al mismo tiempo, con un pie en cada una de las monturas y ambas riendas en sus diestras manos”.*

*“Si no se comprenden las razones de esta tendencia a fracasar en estos casos, los médicos se descorazonan... Las fuerzas que operan en el paciente son de una enorme intensidad... Algunos médicos no están en realidad en condiciones de montar los dos caballos. Se sientan en una de las monturas y al otro caballo lo llevan de las riendas, o pierden contacto con él...”*

Uno de los riesgos a los que podemos tender es al uso excesivo de la *mente* del analista (Winnicott, 1949), lo que nos lleva a formular interpretaciones teóricas que repiten los mecanismos patógenos del paciente, el que tiende a tener un contacto no vivencial con los demás y con la realidad. Además esto puede ser francamente promovido por el paciente, que capta nuestras preferencias teóricas y puede adaptarse a ellas. Winnicott (1964) en “Aspectos positivos y negativos de la enfermedad Psicósomática” dice:

*“En la práctica profesional de los psicomatistas lo que necesita el psicoterapeuta es la cooperación de un médico no demasiado científico... lo que deseo es tener del otro lado a un científico que se haya tomado vacaciones de la ciencia...”. (pág. 136)”* *“... Si uno asciende hacia la esfera de la intelectualización y pierde contacto con el paciente real, pronto descubre que el término psicósomático deja de cumplir su función integradora... Es menester tomar en cuenta, junto con las disociaciones en la personalidad de los pacientes, las disociaciones del propio médico...”. (pág. 130).*

Nos habla también de una particularidad del psicósomático en cuanto a su relación con la realidad que es importante tomar en cuenta porque nos saca del rol analítico habitual. No le es suficiente la interpretación, sino que la cura necesita de la provisión de un cuidado y tolerancia especial. No habría que ser “psicoterapeuta” hasta que no aparezca el conflicto psíquico. Esto es acorde con lo que sostiene la mayoría de los que se ocupan del tema, que de una u otra manera no indican psicoanálisis “clásico” en este tipo de patología:

*“Muchos pacientes no escinden su atención médica en dos sino en muchos fragmentos, y en calidad de médicos nos encontramos cumpliendo la función de alguno de estos fragmentos. He utilizado la expresión “dispersión de los agentes responsables” para describir esta tendencia” (pág. 132).*

Durante los períodos de enfermedad, a través del cuerpo, se reclama una atención que el paciente no se da cuenta que necesita. Este reclamo sería parte del elemento positivo que Winnicott (1964) destaca en la enfermedad psicósomática. Es un intento de buscar la integración psíquica por medio del logro de un estado de dependencia absoluta, que le sería permitido por la enfermedad. Intenta que alguien se haga cargo de las funciones de *holding* y *handling* que fueron inadecuadas en la relación con su madre. Esta búsqueda en diferentes personas es sumamente variada, y es descripta como la *dispersión de los agentes responsables*, puede incluir a la mujer, a la familia, al analista, una experiencia mística, algún brujo, etc. En las situaciones en las que se produce alguna forma de regresión a este estado de *dependencia absoluta*, al lograr cuidados del medio que faltaron en tiempos pasados, el paciente produce una forma de curación “espontánea”. Otra posibilidad que se puede desplegar en estas relaciones, es que se pueda lidiar con la agresión de una manera diferente a la que tuvo lugar durante la posición depresiva y que no pudo ser corregida a lo largo de la vida. Muy probablemente, en estos procesos se encuentre la explicación de algunas curas “milagrosas” que se producen en ocasiones.

Hay que destacar que, frente a la posibilidad de iniciar este proceso regresivo en el paciente y el analista van a aparecer fuertes resistencias que van a ser diferentes en cada paciente y en cada analista.

Algo que es interesante remarcar, en el tratamiento de pacientes esquizoides con un falso self predominante, es que en los momentos de regresión durante el tratamiento pueden aparecer enfermedades psicósomáticas, que hacen que el analista les deba dar una atención especial, mayor a la del encuadre habitual (Painceira Plot, A., Comunicación personal).

En un tratamiento lo deseable es que el analista colabore en la transformación del síntoma psicósomático, y que aquello que se inició con una experiencia de despersonalización lleve a un nivel de mayor integración del psíquico, o sea de *Personalización*



(que es como llama Winnicott al proceso de integración psique-soma).

## RESUMEN

Los trastornos psicossomáticos plantean al psicoanálisis toda una gama de discusiones. Sobre este debate se intenta dar una opinión, tomando en cuenta las ideas de Winnicott y de otros autores en cuanto al desarrollo humano y la psicopatología.

Los temas discutidos son: a) la existencia o no de una personalidad psicossomática; b) cómo se la puede comprender sin usar el concepto de instinto de muerte; c) cómo son las escisiones que caracterizan a esta patología; d) de qué manera se pueden explicar su especial forma de vivir y de adaptarse a la realidad; e) cómo aparece y qué consecuencias tiene una ausencia o disminución de la capacidad de usar el pensamiento simbólico en la tramitación de los procesos psíquicos y f) la particular tendencia a presentar ideales demasiado exigentes.

Se hace finalmente una descripción de algunos de los problemas específicos que se presentan en el tratamiento de estas patologías.

## SUMMARY

The psychosomatic disorder poses psychoanalysis with a variety of issues. This is what is dealt with in this paper, taking into account Winnicott's ideas and those of other authors regarding human development and psychopathology.

The topics discussed are: a) the existence or lack of a psychosomatic personality", b) how it can be understood without using the death instinct concept, c) what the splits are which characterize this pathology, d) how one can understand the peculiar way of living of those undergoing this disorder, and how they adapt to reality, e) with regards to symbolic thinking: how it appears and the consequences of a lack or a reduction of the capacity to use it in the formation of the psychic processes and f) the characteristic tendency of having ideals which are too demanding.

Finally, there is a description of some of the specific problems which arise when dealing with these pathologies.

## RESUME

Le trouble psychosomatique pose à la psychanalyse tout un éventail de controverses, sur ceci on essaie de donner une opinion prenant en considération les idées de Winnicott et d'autres auteurs concernant le développement humain et la psychopathologie.

Les subjects qui se posent tournement autour de: A) L'existence ou pas d'une personnalité psychosomathique B) comment peut-on le comprendre sans utiliser la notion d'instinct de mort; C) comment sont-elles les scissions qui caractérisent cette pathologie; D) La manière dont on peut expliquer sa façon speciale de vivre et s'adapter à la réalité; E) La manière dont on peut expliquer un absence ou diminution de la capacité d'utiliser la pensee symbolique apparaît e ses conséquences au cours des procès psychiques; et F) La tendance particuliere à présenter des idéaux trop exigeants.

On fait finalement une description de quelques problèmes spécifiques qui se présentent pendant le traitement des ces pathologies.

## BIBLIOGRAFIA

- ENGEL, G. Y SCHMALE. Psychoanalytic Theorie of Psicosomatic Disorder. *A. J. of the American Psychoanalytic Association*. 1967 XV. 2.
- GADDINI, R. (1967). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático, en *Lecturas de lo psicossomático*. Lugar Editorial Buenos, 1991.
- GARCÍA, H. H. (1996). Winnicott en el diagnóstico y tratamiento de las neurosis. Leído V Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. Lima, Perú.
- (1997). Sobre algunos diagnósticos tomando en cuenta a Winnicott. *Actas VI Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott*. APdeBA.
- (1998). Winnicott y las enfermedades psicossomáticas. *Actas VII Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott*. Montevideo, Uruguay.
- LIBERMAN, D.; GASSANO DE PICCOLO E.; NEBORAK DE DIMANT, S.; PISTINER DE CORTIÑAS, L.; ROITMAN DE WOSCOBOINIK, P. (1982) *Del cuerpo al símbolo*. Ed. Anaké, 1991, Santiago de Chile.
- MARTY, P. (1991). *La psicossomática del adulto*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

- MCDUGALL, JOYCE. (1989). *Teatros del cuerpo*. Ed. Yebenes. Barcelona.
- MELTZER, D. (1981). "Implicaciones Psicosomáticas del Pensamiento de Bion". *Psicoanálisis APdeBA* 1993 15-2:315/38.
- SIFNEOS, P. (1973) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 22:255-262.
- PAINCEIRA PLOT, A. (1997) La Teoría de la depresión, en *Clínica Psicoanalítica*. Ed. Lumen. Buenos Aires, 1997.
- THOMÄ, H. Y KÄCHELE, H. (1990) Alexitimia, en *Teoría y Técnica del Psicoanálisis*. Vol II. Ed. Herder. Barcelona, 1990.
- WINNICOTT, D. (1949) La mente y su relación con el psiquesoma, en *Pediatría y psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona, 1978.
- (1957). La excitación en la etiología de la trombosis coronaria. En *Exploraciones Psicoanalíticas*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1991.
- (1960). Deformación del Ego en términos de un Ser verdadero y Falso. En *El proceso de maduración del niño*. Ed. Laia Barcelona 1979.
- (1963). El miedo al derrumbe, en *Exploraciones psicoanalíticas I*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1991.
- (1963). Los casos de enfermedad mental, en *El proceso de maduración del niño*. Ed. Laia. Buenos Aires. 1979.
- (1964). Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicósomática, en *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1993.
- (1971). *Naturaleza Humana*. Parte 1. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1993.
- (1970). Sobre las bases del Self en el cuerpo. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1991.

Descriptores: Enfermedad psicósomática. Realidad. Símbolo. Sobreadaptación.

*H. Horacio García*  
Soldado de la Independencia 831, PB "B"  
1426 Buenos Aires  
Argentina