

FREUD Y LA MEDICINA PSICOSOMATICA

José Rallo
Francisco Martí
Carlos Mingóte

1. FREUD Y LA MEDICINA. ACTITUD DE FREUD ANTE LA MEDICINA PSICOSOMATICA

En los **Estudios sobre la histeria** plantea Freud el problema del significado del síntoma psíquico, en contra de las corrientes de la época que lo consideraban como producto de una disfunción cerebral. Al hacer extensivo este hecho al síntoma somático, establece la primera de las bases del cambio radical que va a significar su obra en la historia de la Medicina. La segunda lo constituye la descripción de la conversión, en un sentido muy amplio que hoy llamaríamos somatización. El sentido de la enfermedad y la vía psicósomática quedan así establecidos y abiertos. Estos dos hechos quedan completados con un tercero: la introducción de la persona en la Medicina, al relacionar la enfermedad con la biografía del enfermo. El giro epistemológico que estos hechos suponen, el cambio de objeto epistémico, se imponen a Freud por la escucha de los enfermos.

Freud no tuvo conciencia de la trascendencia que sus descubrimientos tenían sobre la Medicina. Quizá lo único relevante en este sentido sería su opinión sobre la necesidad de que los estudios analíticos fuesen incluidos en los estudios médicos, como hace ver en el artículo "¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la Universidad?". Aquí recuerda "la importancia que poseen los factores psíquicos en las manifestaciones vitales, en la enfermedad y en el tratamiento. Sería necesario un curso de introducción dedicado a tratar las relaciones entre la vida psíquica y la somática".

Sobre la Medicina Psicósomática, lo que entonces formularíamos como la extensión del psicoanálisis al tratamiento de las enfermedades orgánicas, su actitud es ambivalente y, a veces, negativa. Así, en cartas a Von Weisacker y a Groddeck se muestra escéptico sobre esta posibilidad. Y en las referencias que encontramos en su obra sobre los primeros trabajos realizados por algunos analistas, no hace más que mencionarlos, sin añadir nada por su parte, sin tomar una posición ante estos nuevos desarrollos. Literalmente dice: "Y, según lo indican algunos analistas (Jelliffe, Groddeck, Félix Deutsch), tampoco el tratamiento analítico de graves enfermedades orgánicas, deja de ser promisorio, pues no es raro que un factor psíquico participe en la génesis y la perduración de esas afecciones."

Sin embargo, en contraste con esta actitud, a lo largo de su obra hay infinidad de pasajes en los que se afirma la relación de lo psíquico con la aparición o desaparición de una enfermedad orgánica.

Ya en 1905 afirma que "los motivos para enfermar empiezan en la infancia", y asimismo que "las peripecias de la vida le quitan motivo para estar enfermo", que "si los médicos pudiéramos inteligir más a menudo los intereses vitales que los enfermos nos ocultan, cuantas menos curas milagrosas... y desapariciones espontáneas de síntomas advertiríamos en el caso de la histeria... Hay casos con motivos puramente internos como el autocastigo".

En 1913 afirma que en el tratamiento "se vuelven rarísimas las enfermedades intercurrentes", y llama la atención sobre la frecuencia del enfermar para hacer novillos.

En 1918, dirigiéndose a Groddeck, dice que "el acto inconsciente tiene sobre los procesos somáticos una influencia plástica, que nunca posee el acto consciente".

En 1918 afirma que "la actitud femenina hacia el varón... se repliega a la sintomatología intestinal y se exterioriza en frecuentes diarreas, estreñimientos y dolores abdominales. El intestino se comporta como un órgano histéricamente afectado". Y que "una larga enfermedad orgánica es considerada... como una punición del destino y renuncia a proseguir la neurosis".

En 1920 indica que "las perturbaciones de la distribución libidinal, como las de una melancolía, son temporalmente canceladas por una enfermedad orgánica intercurrente".

En 1926 dice: "Es hartamente asombroso que por este camino (la mera conversación) logremos dominar también fenómenos puramente corporales."

En 1933 hace la siguiente observación: "Tras llamársele la atención sobre lo mucho que ella contribuía a esos aparentes percances, cambió, por así decirlo, de táctica. En lugar de los accidentes le sobrevinieron a raíz de las mismas ocasiones enfermedades leves, catarros, anginas, estados gripales, inflamaciones reumáticas... hasta que por fin todo el espectro se esfumó cuando decidió resignarse (renunciar)".

Y, por último, en 1940, afirma Freud: La resistencia del superyó "suele consentir que nosotros cancelemos una forma del padecer neurótico, pero está pronta a sustituirla enseguida por otra; llegado el caso, por una enfermedad somática".

Todas estas citas, espigadas a lo largo de la obra de Freud, nos hacen ver cómo en ella existe implícito un cuerpo de doctrina que podríamos calificar de psicósomática.

2. LAS MEDIACIONES PSICOBIOLOGICAS EN EL DESARROLLO DEL PSICOANÁLISIS POR FREUD

Hay una serie de mediaciones psicósomáticas que Freud desvela sucesivamente, en su intento de integración de los conocimientos biomédicos con sus originales descubrimientos, sorprendentes para él mismo, sobre el ser humano y sus relaciones interpersonales.

No se decidió a publicar el "Proyecto de una psicología científica", donde buscaba una explicación de los fenómenos psíquicos en términos de funciones cerebrales. Ha sido un modelo del sueño, y su delimitación del papel de los estímulos somáticos en el intento de realización onírica de deseos, lo que se ha revelado compatible con los nuevos conocimientos neurobiológicos sobre el dormir y las disfunciones corporales.

Strachey destaca la inclinación de Freud, desde la época de su estudio sobre las afasias, por la teoría del paralelismo psicofísico. La estrecha relación entre la psique y el sistema nervioso queda matizada en "Lo inconsciente", cuando nos advierte sobre "las insolubles dificultades del paralelismo psicofísico... Nuestra tópica psíquica nada tiene que ver con la anatomía".

Es interesante lo que Freud precisa en uno de los prólogos a los **Tres ensayos sobre la sexualidad**: "Mi objetivo consistía en investigar hasta qué punto los métodos de investigación psicoanalítica podrían proporcionarnos indicaciones sobre la vida sexual del hombre". Freud se mantiene abierto a los avances bioquímicos y en la fisiología de la sexualidad, pero sus observaciones sobre la libidinización de cualquier actividad corporal le llevan a pensar que su contribución a la cuestión sexual se centra en el análisis de la actividad humana hasta las fronteras entre lo psíquico y lo físico, a saber hasta las pulsiones. La investigación ulterior de los mecanismos mediante los cuales las fantasías inconscientes se transforman en manifestaciones somáticas rompe la disociación cartesiana entre la mente y el cuerpo, resaltando la unidad y la continuidad psicosomática que configuran la identidad individual.

Cuando en 1911 Abraham le pide explicaciones sobre los diversos caminos de la sexualidad infantil, Freud aclara las interacciones psicosomáticas: "Hay caminos de naturaleza desconocida, a través de los cuales los procesos sexuales ejercen su efecto sobre la digestión, la hematopoyesis, etc. Las influencias perturbadoras provenientes de la sexualidad recorren estos caminos, y entonces es probable que también lo hagan los influjos benéficos o vitales de algún otro tipo." Se refiere a la excitación sexual proveniente no sólo de las llamadas partes genésicas, sino de todos los órganos del cuerpo.

Es sobre todo en los artículos técnicos donde Freud señala un camino peligroso: la aparición de ¡a enfermedad somática en el curso del proceso analítico. La lectura de estas observaciones fue el punto de partida de este trabajo nuestro y a lo largo de su elaboración nos hemos convencido de la reiteración de Freud sobre este, problema en toda su obra.

Desde su posición de médico y analista señala que el psicoanálisis proporciona "insospechadas intelecciones en la maraña de la vida anímica y de los nexos entre lo anímico y lo corporal", gracias al tratamiento de ese factor psíquico que interviene en el comienzo y curso de algunas enfermedades físicas.

En 1926, Freud pone en boca de un imparcial funcionario que "sería hartamente singular que también se consiguiera dominar por este medio fenómenos puramente somáticos, tales como vómitos, diarreas y convulsiones". Más adelante escribe que "durante el curso del tratamiento analítico pueden surgir síntomas generalmente somáticos, de los que no se sabe bien si deben ser incluidos en el cuadro general de la neurosis o referidos a una naciente enfermedad orgánica independiente de ella".

La actitud de Freud ante la endocrinología, una especialidad médica entonces naciente, resulta sugerente para la cuestión de las mediaciones psicosomáticas. En **Nuevas aportaciones** habla con ambivalencia de su esperanza de que en el futuro aumente el conocimiento de la actividad endocrinológica: "Esa vecina puerta biológica próxima al psicoanálisis está pisando nuestros talones y querrá algún día superar al psicoanálisis en sus hallazgos."

La actitud científica ante estos avances es el tema de la carta dirigida en 1931 al profesor Lipschutz, autor de un libro sobre la pubertad y al que Freud agradece que le sirviera para aclararle muchas cosas. Añade: "Me complació mucho saber por su carta

que no es de los que contraponen el psicoanálisis a la endocrinología, como si los procesos psíquicos pudieran ser explicados directamente por las funciones glandulares o como si la comprensión del mecanismo psíquico pudiera reemplazar el conocimiento del proceso químico con él relacionado." Pensamos que la combinación de respeto e interés hacia las mediaciones psicobiológicas arrancaba de la convicción de Freud tanto en el método psicoanalítico para tratar a sus pacientes (en quienes observaba repetidamente pasos de lo psíquico a lo somático) como en el método experimental neurobiológico del que había partido.

3. EL PSICOANÁLISIS COMO UN MODELO PSÍCOSOMÁTICO

Freud elaboró sucesivas "construcciones psicósomáticas", que se imbricaron con las reconstrucciones efectuadas sobre el funcionamiento mental a partir del trabajo clínico con pacientes neuróticos y psicóticos. Destacaremos los siete aspectos que nos han parecido importantes a efectos de considerar al psicoanálisis como una psicósomática entendida en sentido amplio, a saber: 1) el desvalimiento del ser humano; 2) el trabajo del sueño como modelo; 3) la sexualidad infantil y su apuntalamiento; 4) el concepto de pulsión; 5) el duelo y las pérdidas narcisísticas; 6) las raíces somáticas del yo y del superyó, y 7) la teoría de las series complementarias.

1. El desvalimiento del ser humano. Freud se refiere frecuentemente al hecho biológico de la prematuridad del recién nacido humano y a las situaciones de desvalimiento a lo largo de todo el ciclo vital. Dicho factor psicobiológico crea las primeras situaciones de desamparo y de peligro, y va a ser el prototipo de las ulteriores situaciones traumáticas generadoras de angustia, que amenazan con desbordar al yo del sujeto ante el incremento excesivo de la demanda instintiva.

Si bien Freud otorgaba la primacía al factor económico en la génesis de la ansiedad, no es menos llamativa su explicación centrada en las experiencias originales de satisfacción que se alcanzan gracias a la intervención de otra persona, habitualmente la madre. A través de las "acciones específicas" ella pone fin a la tensión de necesidad y posibilita el registro de huellas mnémicas, las primeras representaciones corporales que después lo serán del yo.

2. El trabajo del sueño como modelo para la psicósomática. Los sueños contienen simbolizaciones de órganos y funciones corporales, siendo frecuentes los sueños específicos de angustia en enfermos cardiopulmonares, así como los de gusto y asco en perturbaciones digestivas. Pero "la esencia del sueño no varía cuando a las fuentes psíquicas del mismo se agrega un material somático; él sigue siendo cumplimiento de deseo, sin que interese el modo en que su expresión está regida por el material actual". En **La interpretación de los sueños**, la fuente somática puede aprovecharse de diversas formas: como representación intermediaria entre dos estímulos oníricos: como figuración del deseo de forma que sea compatible con la censura o bien aprovechando la angustia asociada a las sensaciones somáticas presentes.

El trabajo del sueño le vale genialmente a Freud para suponer cómo se gesta el deseo, en el aparato psíquico primitivo, a partir de las necesidades corporales. Se inviste la imagen mnémica de la percepción de la vivencia de satisfacción, y se desglosan los dos sistemas: inconsciente y preconscious. Así, pues, es posible que el modelo del sueño sea comparable tanto con el de la somatización como síntoma como con el de las

relaciones precoces, en cuyo seno se realizan las primeras integraciones psicósomáticas bajo la forma de esquemas corporales funcionantes.

3. La sexualidad infantil y su apuntalamiento. Las distintas afecciones psiconeuróticas están motivadas por diferentes fijaciones de la libido. En **Tres ensayos**, Freud enumera diversas manifestaciones psicósomáticas que tienen su origen en satisfacciones autoeróticas o represiones de las sucesivas pulsiones parciales y zonas erógenas. A la modalidad defensiva y de relación objetal correspondiente a la zona fálico-genital infantil añadirá las organizaciones pregenitales de la libido.

"Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse". "El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella." "La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento."

4. El concepto de pulsión. Es la fuerza constante que empuja al organismo a cancelar su estado de necesidad mediante una modificación apropiada que lleva a la satisfacción. "La pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico (representación y afecto) de los estímulos que proceden del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia del trabajo que es impuesto a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal."

Con el tiempo, y enigmáticamente, Freud fue destacando el fondo pulsional conflictivo que subyace en las ganas de vivir de la persona sana y de la persona enferma. La melancolía se completa con "un desfallecimiento, en extremo 1917). Freud compara la pulsión de muerte, que "no puede estar ausente de ningún proceso vital", con la mucosa gástrica que se digiere a sí misma. "Las pulsiones no sólo rigen la vida anímica, sino la vegetativa" (1933). "Sólo la acción eficaz y contraria de Eros y pulsión de muerte explica la variedad de fenómenos vitales" (1937).

5. El duelo, las pérdidas narcisistas y la somatización. En relación con las especiales dificultades que plantean al médico los enfermos orgánicos, Freud (1914) dice que en éstos se produce (o, mejor, se reproduce en sentido inverso) el camino primitivo del desarrollo individual: la retirada de la libido objetal al yo, sobre todo en el órgano enfermo (narcisismo secundario), es lo que hace a estos enfermos tan hipocondríacos y somatizadores como inaccesibles o difíciles de abordar a nivel psicoterapéutico. En la melancolía, como en el duelo, una catexia objetal es reemplazada por una identificación narcisista, con frecuente aparición de síntomas somáticos que sugieren una enfermedad física.

6. Las raíces somáticas del yo y del superyó. Para Freud el cuerpo y su superficie es el lugar de partida simultáneo de percepciones internas y externas. Es *visto* por el yo como otro objeto, mientras que ha sido "a raíz de enfermedades dolorosas cuando uno adquiere nueva noticia de sus **órganos** y así llegó a la representación de su cuerpo propio". Por eso el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente de **as** que parten de la superficie del cuerpo. Además de representar la superficie del aparato psíquico, cabe considerar al yo como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo (**El yo y el ello**, 1923).

Freud mantuvo hasta el final las premisas biológicas del superyó. En gran parte inconsciente y sumergido en la corporalidad de ello, como sostuvo la apertura del ello a lo somático a través de su expresión física: las necesidades pasionales. Esta parte más antigua del aparato psíquico, ligada a la organización corporal, sigue siendo la más importante de toda la vida y el núcleo de nuestro ser.

7. La teoría de las series complementarias. Es una ecuación etiológica dinámica e integradora, que incluye los factores de vulnerabilidad de tipo genético (precondición genética) y las fijaciones infantiles (factor de disposición). A ellos añade la importancia de la dimensión biográfica y relacional en el desarrollo psicosexual individual, así como el factor actual traumático desencadenante o frustración. No se trata sólo de un modelo de policausalidad etiológica, sino de continuidad dinámica y estructural, tal como se observa en los cambios de síntomas y de su plano de expresión {mental, corporal y/o relacional).

Como conclusión de este apartado podemos afirmar que, aunque Freud nunca lo mantuvo explícitamente, el psicoanálisis puede ser considerado como un modelo psicosomático, como vemos una vez más en las otras dos citas siguientes: "En este punto (la doctrina de las pulsiones) se cultiva con rigor una psicología biológica, se estudian los fenómenos psíquicos concomitantes de procesos biológicos" (Nuevas Conferencias, 1932). "Los fenómenos psíquicos dependen en alto grado de influjos corporales y, a su vez, ejercen los más intensos efectos sobre procesos somáticos. Si el pensar humano ha entrado alguna vez en un callejón sin salida, es éste... Los filósofos debieron adoptar el supuesto de que existían procesos orgánicos paralelos a los psíquicos conscientes" (Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis, 1940). La consideración de los procesos psíquicos inconscientes permite abarcar más coherentemente la vida anímica en sus conexiones con el cuerpo.

4. LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS EN PSICOSOMATICA

Freud introdujo en Medicina la noción de conflicto psíquico para comprender fenómenos corporales y la posibilidad de que una alteración somática despierte el trabajo mental elaborativo. Descubrió los mecanismos psíquicos de algunos de esos trastornos y admitió que en otros, menos abordables psicoanalíticamente, se pudieran encontrar causas físico-químicas. Hemos querido agrupar los mecanismos que Freud fue desentrañando en tres etapas: 1) la de la conversión y las neurosis actuales (1895-1905); 2) la del narcisismo y el duelo (1910-1920), y 3) la de la culpa asociada a la enfermedad somática (1923-1939). Hay, además, una perspectiva relacional que enmarca a todas ellas: es aquel otro mecanismo por el que a veces se enferma para alguien o se sana en el contexto del vínculo con una persona significativa para el sujeto.

1. Conversión y somatización en sentido amplio

"En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer a lo corporal la suma de excitación, para lo cual yo propondría el nombre de conversión." Parte de los síntomas somáticos de Emmy Von N. se hacen así tratables psicológicamente. Lo reprimido como resultado del conflicto va a simbolizarse. Freud interpreta simbólicamente en Dora que "cuando el amado estaba lejos, ella renunciaba a hablar, el hacerlo había perdido valor, pues no podía hablar con él". La tos desapareció al esclarecer la fantasía sexual subyacente.

La distinción es tajante con las somatizaciones mudas: "Los síntomas de las neurosis actuales -la presión intracraneana, una sensación dolorosa, un estado de irritación en un

órgano, el debilitamiento o la inhibición de una función- no tienen sentido alguno, carecen de significado psíquico. No sólo se exteriorizan predominantemente en el cuerpo (como lo hacen también, por ejemplo, los síntomas histéricos), sino que ellos mismos son procesos enteramente corporales, en cuya génesis faltan todos los complejos mecanismos anímicos de que hemos tomado conocimiento."

2. Los mecanismos en el narcisismo y el duelo

Freud nunca abandona los dos modelos, puesto que, dice, "no necesitamos desvalorizar nuestras elucidaciones anteriores, sino ponerlas en conexión con las intelecciones más recientes". Hay una serie de perturbaciones de la recepción de alimentos y de su excreción, de dolores físicos, que van a explicar no ya de acuerdo con la disyuntiva anterior, sino por los mecanismos psicológicos que le parecen propios de los fenómenos del narcisismo y del duelo, a saber: la **regresión narcisista**, la **incorporación**, la **proyección e introyección** y la **identificación**.

Los síntomas gastrointestinales del Hombre de los lobos son abordados por Freud de una forma cercana a lo que se ha calificado de **conversión pregenital** o arcaica. Mediante el lenguaje de órgano, Freud observó que "el intestino empezó a entrometerse en el trabajo (a intervenir en la conversación)". En la situación transferencial se reactivaron las raíces pulsionales de las perturbaciones digestivas que el paciente seguía presentando desde la infancia. Freud relacionó los síntomas con la escena primaria y propuso una construcción: "El niño interrumpió al fin el estar-juntos de sus padres mediante una evacuación que le dio motivo para berrear." Validó su interpretación teniendo en cuenta la reacción del paciente, quien "pareció corroborarlo mediante una formación de síntoma pasajera... El intestino se comporta como un órgano históricamente afectado. La homosexualidad inconciente, reprimida, se ha replegado al intestino".

Cuando la elección de objeto se ha cumplido sobre una base narcisista, en dificultades como los duelos y depresiones patológicas, se regresará al narcisismo. Freud propone, "dentro de la característica de la melancolía, la **regresión** desde la investidura de objeto hasta la fase, oral de la libido que pertenece todavía al **narcisismo**". El mecanismo psicológico de la regresión narcisista contribuirá a explicar la anorexia depresiva.

La **incorporación** es un mecanismo psicológico específico en los estados de duelo y depresión: "Querría incorporárselo, en verdad, por la vía de la devoración, de acuerdo con la fase oral o canibática del desarrollo libidinal. A esta trabazón conduce Abraham, con pleno derecho la repulsa de alimentos que se presenta en la forma grave del estado melancólico." En estas **anorexias se combinarían los deseos hostiles con los de conservación del objeto amoroso**, en la mezcla que es propia del mecanismo de incorporación.

En la tendencia incorporativa se basa el mecanismo de **introyección**, quien, a su vez, puede conducirnos a una identificación, o al menos al establecimiento de una relación objetal interna. Al perder, real o afectivamente, al objeto amado, se le introyecta en el yo. Algo parecido sucede en la creencia canibática "de que las propiedades del animal incorporado como alimento se conservan como rasgos de carácter en quien lo come, al igual que las prohibiciones basadas en ella".

"La histérica se **identifica** en sus síntomas preferentemente -si bien no de manera exclusiva- con las personas con las que ha tenido comercio sexual o que lo tienen con las mismas personas que ella" (La interpretación de los sueños). Por apropiación expresa un "igual que" o una comunidad en el inconsciente. Por este mecanismo, Freud le pregunta a Dora que a quién copia en su tos.

Para llegar a formular la identificación melancólica desde la identificación histérica precisaba del **mecanismo narcisista**. Va a ser otra vez la anorexia depresiva quien plantea como "la **identificación es la etapa previa de la elección de objeto**, y es el primer **modo, ambivalente en su expresión, cómo el yo distingue al objeto**". En definitiva, resulta que el amor por el objeto se refugia en la **identificación narcisista por regresión**.

3. Culpa, trauma y alteración en el yo

Durante los quince últimos años de su vida, Freud insiste en tres ocasiones en la relación de la enfermedad somática en general con el sentimiento inconsciente de culpa. Su descripción se va ampliando y centrando en la agresión vuelta contra el yo, si bien tenemos la impresión de que no perfila del todo un mecanismo psicológico determinado. Abre el tema en su discusión sobre el masoquismo moral y lo cierra en el **Esquema**, siendo su formulación más clara la de las **Nuevas conferencias**.

En las **Nuevas conferencias** (1932) da un breve ejemplo clínico que ya hemos citado. Es el de una mujer mayor a quien ha de llamar la atención sobre sus diversos accidentes y enfermedades físicas, que van tomando el relevo al padecimiento neurótico hasta que se disuelven. La pulsión de destrucción libre en el yo y en el ello, así como la agresión ligada por el superyó, se vuelve contra el yo. "Se empleó aquel fragmento de agresión hacia los padres que el niño no pudo descargar hacia afuera a consecuencia de su fijación de amor, así como de las dificultades externas."

El segundo tema que Freud retoma en su última época, y en relación con la enfermedad física, es el del **trauma psíquico**. Freud se pregunta si la enfermedad somática puede alterar al yo funcionando como un trauma actual, o bien si es la actualización o reviviscencia del trauma corporal infantil quien predispone a las descompensaciones físicas ulteriores.

Implícitamente, Freud rehace en este tema la dualidad entre el sinsentido de la **angustia traumática** y la búsqueda de significado a través de la **angustia señal**. El enfermo puede reaccionar con una vivencia de desvalimiento en el yo ante el aumento de la tensión de necesidad, cara a la acumulación de excitación externa e interna, "frente al cual es impotente" e incapaz de cualquier elaboración (**Inhibición, síntoma y angustia**, 1926). La reproducción activa del trauma experimentado pasivamente, el juego del niño, permite el desplazamiento de la angustia desde el desvalimiento motor y psíquico hasta su expectativa, la situación de peligro.

Claramente Freud acaba pensando en lo corporal del origen traumático e infantil de las neurosis. Los traumas en los primeros cinco años, luego olvidados, "se refieren a impresiones de naturaleza sexual y agresiva, y, por cierto, que también a **daños tempranos del yo (mortificaciones narcisistas)... Los traumas son vivencias en el propio cuerpo o bien percepciones sensoriales**" (Moisés, 1939).

La robustez del yo puede relajarse por una enfermedad física o por agotamiento. "Se llega a refuerzos pulsionales en virtud de nuevos traumas, frustraciones impuestas, influjos colaterales específicos de las pulsiones."

4. Lo relacional en psicósomática

La experiencia con pacientes histéricos llevó a Freud a interpretar los motivos de salida a lo corporal en función de tendencias relacionales. Se comprende el desprecio de Dora a los médicos situándolo en la línea de lo que acabó siendo una "**transferencia vengativa**", con formas somáticas de expresión.

El cuerpo del paciente participa en las interacciones que establece desde las primeras relaciones objétales. Freud continúa esbozando los mecanismos primitivos del funcionamiento psíquico: "El yo placer originario quiere introyectarse todo lo bueno, arrojar de sí todo lo malo, lo ajeno al yo, lo que se encuentra afuera". Ahora bien, todo esto ocurre en el contexto de la relación con las figuras parentales: "La experiencia ha enseñado que no sólo es importante que **una cosa** del mundo (objeto de satisfacción) posea la propiedad **buena** y, por tanto, merezca ser acogida en el yo, sino también se encuentre ahí en el mundo exterior, de modo que **uno pueda apoderarse de ella si lo necesita.**"

"Al comienzo el pecho no es distinguible del cuerpo propio, y cuando tiene que ser divorciado del cuerpo, trasladado hacia afuera por la frecuencia con que el niño lo echa de menos, toma consigo, como objeto, una parte de la investidura libidinal originariamente narcisista. Este primer objeto se completa luego en la persona de la madre, quien no sólo nutre, sino también cuida, y provoca en el niño tantas otras sensaciones corporales así placenteras que displacenteras".

Freud no descarta que, en la ligazón preedípica con la madre, el **propio niño** dote de sentido psicológico a su enfermedad física: "El ansia del niño por su primer alimento es lisa y llanamente insaciable y nunca se consoló con la pérdida del pecho materno... Hasta es probable que la angustia de envenenamiento tenga íntima relación con el destete... Acaso el niño atribuyó sus primeras enfermedades a dicha denegación... Sin duda, también el niño" sabe "indicar una razón para todo lo que le sucede. La próxima acusación a la madre se aviva cuando el siguiente hijo aparece en la cuna¹".

5. LA SOMATIZACION EN LA PERSONA DE FREUD

Un aspecto que no queremos dejar de tocar es el de Freud como enfermo, a lo largo de su vida y en su momento final. Ha sido tratado en profundidad por varios biógrafos, entre ellos por Jones, y, especialmente, por su médico de cabecera de los diez últimos años de vida, Max Schur.

Freud atraviesa varios períodos depresivos, en los que las molestias somáticas le hacen sentir un final próximo de su vida, y que a veces ajusta a unos cálculos matemáticos sobre las edades de las personas a las que sobrevivió.

1) El episodio más conocido es el llamado episodio **cardíaco** de los años noventa (1893-1896). La interpretación de este período de enfermedad creó una polémica entre Jones, quien pensaba que se trataba de "aspectos especiales de su psiconeurosis", y Schur, quien se inclinó por el origen orgánico, influido por la nicotina y con la

excitación de crisis de taquicardia paroxística, con dolor anginoso y signos de fallo ventricular izquierdo. Una última interpretación de esta enfermedad es dada por Mannoni, quien, sin gran argumentación, habla de una perturbación que hoy llamaríamos vagamente psicósomática.

El propio Freud dio una interpretación de ella atribuyéndose una neurastenia, e inquietándose por el carácter severo y hereditario que tendría. Pensamos que sus experiencias autoanalíticas constituyen una de las fuentes de los avances clínicos de Freud en el campo de la psicósomática. Prueba de ello es la carta a Fliess (c. 73) sobre el reemplazo de síntomas: "Bajo la influencia del análisis mis molestias cardíacas han sido reemplazadas frecuentemente por trastornos gastrointestinales." Y aun otra carta a Fliess de 1899 acerca de los efectos benéficos que tenían sus encuentros sobre los síntomas: "Como' de costumbre, la primera semana después de nuestras conversaciones fue muy productiva para mí. A continuación siguieron unos cuantos días desolados, de humor terrible y dolores, esta vez desplazados a la cabeza (o del corazón) a las piernas. Esta mañana desaparecieron por completo."

2) El segundo episodio de enfermedad, que ha sido también interpretado de diversas maneras, son las **crisis de desvanecimiento** que padeció en 1912. Para Schur tendrían un carácter psicógeno y estarían inducidas por sus dificultades en las relaciones con sus figuras paternas, apoyándose en un conflicto alrededor de su homosexualidad latente para con Jung. En 1918 de nuevo presenta una crisis de muerte inminente. La anterior fue en 1896, atribuyéndola Schur a una identificación con el escultor Tilgner, recientemente fallecido.

En esta segunda época había escrito a Jung (c. 126) acerca de sus malestares físicos según se sentía en la edad media de la vida: "Afortunada mente, no tengo aún que recabar su compasión para los males que me aquejan. Estoy celebrando mi entrada en la edad climatérica con una dispepsia (después de haber tenido la gripe) bastante tozuda, pero que durante estas hermosas semanas de tranquilidad ha desaparecido casi, dejando sólo unos cuantos vestigios". Schur cita otra significativa carta de Freud a Binswanger en 1913 sobre los sentimientos elaborados por él tras el desmayo ante Jung: "Mi desvanecimiento en Munich fue seguramente provocado por elementos psicogenéticos que recibieron fuertes refuerzos somáticos... Los elementos reprimidos, esta vez dirigidos contra Jung -como previamente contra un predecesor suyo-, desempeñan, naturalmente, el papel principal..., cierto sentimiento homosexual incontrolable en la raíz del asunto."

3) Finalmente, y en 1923, comienza el calvario de la última, y al final mortal enfermedad: **el cáncer** que le llevaría a la increíble cifra de 33 operaciones y a la utilización de prótesis múltiples. Schur cita una carta de Freud a Eitington en 1925 sobre cómo se recuperaba del previo investimiento de su cuerpo enfermo: "Los tiempos fatigosos han quedado atrás; el esfuerzo constante para perfeccionar mi prótesis (cuando me gustaría equivocarme y escribir hipótesis), la 'adecuada desicha del sufrimiento', la absorción de toda energía libremente móvil en la catexia orgánica, exigida por la increíble cantidad de parestesias.-.. Uno se cansa en el proceso."

Otra carta de 1925 a Abraham (c. 215) insiste en lo soportable que resulta la vida al aliviarse la tiranía ejercida por la enfermedad: "Todas las parestesias que exigían tiránicamente mi atención han desaparecido, liberando una vez más al ser humano que,

si quiere seguir quejándose, puede aún hacerlo... Así, la vida se hace bastante soportable, pero ¿cómo voy a ponerme a trabajar con regularidad en octubre, después de este período de ocio y mimos?"

El cirujano de Freud anota en 1927 que "el paciente ha hecho interesantes observaciones sobre la ingratitud de los pacientes y sobre la rebelión contra la dependencia". Diez años después, Freud no puede menos que escribir que "los cirujanos son, desde luego, unos individuos crueles" (c. 309).

Se ha dudado recientemente sobre la teoría del cáncer en Freud, pero resulta impresionante cómo, en este último y prolongado período de enfermedad, la resistencia, el estoicismo y la distancia con la que vive su dolencia y los múltiples sufrimientos que le proporciona no interrumpen hasta muy al final su actividad normal, tanto profesional como creadora. Hasta en 1938, y en Londres, toma algunos enfermos en análisis y trabaja en sus últimas obras: **Moisés y el Compendio**, que no llegó a terminar.

Reflejo de esta su última época son dos cartas a María Bonaparte. La primera, en 1937, trata sobre el olvido de las dolencias gracias al intercambio amistoso de ideas: "El mejor modo de olvidar las dolencias que le aquejan a uno vuelve a ser el intercambio de ideas con los amigos... En cuanto un hombre comienza a formularse preguntas sobre el significado y el valor de la vida está enfermo, pues objetivamente ni uno ni otro existen. Haciéndose estas preguntas uno complace meramente las exigencias de sus reservas de libido insatisfechas, a las cuales debe haberse incorporado algún nuevo elemento, una especie de fermento que produce la tristeza y la depresión."

La segunda carta, de 1937, sugiere el grado de responsabilidad del malestar corporal en su sentimiento de abandono de la vida: "Ni siquiera la pluma es ya la misma: me ha abandonado como mi médico" (Freud se refiere a Schur, quien estaba de viaje) "y otros órganos externos. No me va bien. Tanto mi enfermedad como las secuelas del tratamiento tienen su parte de culpa, pero no sé en qué proporción. Se ha intentado sumirme en una atmósfera de optimismo: el cáncer está disminuyendo, las manifestaciones reactivas son pasajeras. No lo creo y me disgusta ser engañado. Algunas complicaciones que abreviaran el cruel proceso serían bienvenidas." Se veía a sí mismo como un "paciente dócil, incluso cuando no me resulta fácil".

Lo que quisiéramos resaltar en esta breve reseña, sobre la actitud de Freud ante sus enfermedades, es cómo las mismas ambigüedades e incertidumbres que muestra hacia la teoría psicosomática se presenta en la interpretación de sus propias somatizaciones. ¿No estarían aquéllas condicionadas por los factores personales expresadas en las segundas? No sería la primera vez que Freud hace de la experiencia vivida un punto de partida para sus teorizaciones. Pero este hecho no queremos sino señalarlo, pues precisaría de un desarrollo más amplio y detenido.