

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Se pueden definir a los trastornos psicosomáticos como aquellas perturbaciones o enfermedades que afectan al cuerpo y en cuyo desencadenamiento o evolución intervienen factores de orden emocional.

El trastorno psicosomático puede afectar a cualquier órgano del cuerpo en su función y también en su estructura. Puede ser moderado o grave, reversible o irreversible y hasta puede llegar a poner en riesgo la vida del individuo.

Si bien los trastornos psicosomáticos pueden tener diversos orígenes, aquí abordaremos los que están relacionados a un tipo de entorno familiar donde los hijos no pueden expresar bien sus propios deseos y necesidades. En mucho de ellos prevalecen vínculos endogámicos muy intensificados.

En estas familias uno o ambos padres pueden presentar algunas de las siguientes características:

1. Necesitan “adaptarse rápidamente” a otro país u otro nivel socioeconómico.
2. Se encuentran atravesando una “intensa crisis emocional”.
3. Padecen de alguna “pérdida afectiva muy importante”.
4. Se “focalizan en las necesidades físicas del hijo” (alimentación, sueño, peligros, etc.) pero “no pueden decodificar las necesidades emocionales” del mismo desde los primeros meses de vida, cuando se establece la simbiosis normal madre-hijo.
5. Ponen el “énfasis en los logros escolares y sociales del hijo”, pero están desconectados de las necesidades afectivas y posibilidades reales.
6. “No permiten las expresiones de ansiedad o agresión del hijo”, emociones propias del vínculo que permiten al niño ir diferenciándose de los padres.
7. “Asignan al hijo desde el nacimiento un modelo ideal previo”. Los padres (ambos o uno de ellos) depositan en el niño, aun antes de nacer, intensas expectativas, por lo tanto, no toman en cuenta las reales posibilidades y deseos del hijo.

El hijo con trastornos psicosomáticos puede presentar las siguientes características:

Se “sobreadapta a su entorno” y no manifiesta importantes dificultades ni de conducta ni de aprendizaje. Son “niños buenos y obedientes” que pasan rápido de bebés a niños. Sin embargo, no logran madurar del todo afectivamente y son algo infantiles, aun siendo adultos.

Se acostumbra desde muy temprano a “bloquear la percepción de sus propias necesidades” e intenta satisfacer las de los padres y de otras personas significativas.

Padece una “dificultad para hacer conscientes los afectos, sentimientos, deseos y frustraciones”, y también para expresarlos y es “el cuerpo el que comienza a usarse como referente verbal de estados emocionales”. Por ej., ante un problema serio no podrá expresar que tiene “un dolor de cabeza” sino que padecerá del mismo en forma de cefalea, aunque no siempre haya una correlación tan directa.

El recién nacido, “al no poseer pensamiento o lenguaje, sólo puede expresarse a través del cuerpo y el llanto”. Si los padres no “interpretan” bien dichas expresiones no pueden contenerlo emocionalmente, o si consciente o inconscientemente no le permiten expresarse, el niño no tendrá otra alternativa que cercenar sus estados emocionales y “privilegiará, en adelante, el uso del lenguaje somático” de esa etapa.

Hay una “dificultad en la simbolización” y ante una situación que lo afecta en lugar de poder pensarla se bloquea y su impulso afectivo “se manifiesta en el cuerpo a través de algún órgano”, que funciona como válvula de escape. El niño presenta un bloqueo mental del impulso afectivo, en especial de la agresión, que se deriva directamente al cuerpo a través de algún órgano. Pueden aparecer trastornos de la alimentación como: falta o exceso de apetito o de sueño, enuresis, eczema, disnea, etc., pero también, puede haber trastornos más graves.

“Se sobreexige más allá de sus posibilidades” corporales y necesidades emocionales porque no las registran, debido a una “disociación cuerpo-mente”, y por ende el resultado es la enfermedad. Esta capacidad para la disociación también puede, en algunos casos, derivar en trastornos disociativos de la personalidad.

El “síntoma somático” contendría lo más auténtico del niño, es el equivalente de la señal de angustia, a la vez es la “protesta del cuerpo a la sobreadaptación”.

Es muy susceptible y su “autoestima es variable”, porque ésta depende en forma directa de la “valoración del otro” y no de sus propios logros.

La “incapacidad en reconocer lo que le es propio” dificulta el sentimiento de propiedad, de sus contenidos y privacidad, e impide limitar el tiempo y energía que pierde al satisfacer necesidades de otros, que al no ser retribuido producen un “vacío emocional”. Esta “generosidad patológica” explica la dificultad para conservar sus bienes materiales, su dinero, etc. ya que, en la niñez no se valorizó la interioridad del hijo.

Establece usualmente “relaciones de tipo simbiótico” por no tener una clara discriminación entre sí mismo y el otro, y tiende a recrear a lo largo de la vida vínculos de sometimiento que lo enferman. Repite en sus vínculos (parejas, socios, amigos, etc.) la relación de “sometimiento pasivo a las demandas excesivas” de los padres de la niñez y lo hace sintiéndose satisfecho, creyendo que es lo correcto.

“Idealiza frecuentemente a las personas que le exigen” porque las considera superiores. Pero a su vez, si no se siente exigido, no se siente valioso. Esta contradicción se explica, en parte, teniendo en cuenta que el niño se fue habituando desde muy pequeño a mantener vínculos de sometimiento que -si bien eran perjudiciales- fueron los únicos posibles, y terminan siendo aceptados como normales.

Posee “sentimientos inconscientes de culpa excesiva” y no tolera duda alguna sobre la bondad del objeto que lo tiraniza, pudiendo poner en riesgo su propia vida para salvar y mantener la del sujeto que lo daña, ya que éste es considerado bueno y frágil. Este sentimiento de culpa pueda estar asociado a la idea de “tener una deuda” con la persona que lo tiraniza.

“Privilegia en exceso el ajuste a la realidad exterior” y el cumplimiento de exigencias en detrimento del interior emocional por lo que puede ser definido como alguien “que padece de cordura”, pero en realidad carece de “sentido común”.

Podemos decir que muchas de las familias de estos niños sobreadaptados suelen caracterizarse por ser inmigrantes que han tenido que hacer un gran esfuerzo de adaptación a un medio nuevo con un idioma y una cultura diferente. Además, la necesidad de integración y búsqueda de un mejor estatus social los llevan a incluirse en grupos u organizaciones que requieren una dedicación significativa. Pero también estas familias pueden estar atravesando por una grave crisis de la pareja conyugal y/o por la pérdida de seres muy queridos.

Este tipo de niño sobreadaptado -que somatiza- suele formar parte de una familia que desde su nacimiento lo incluye en una interacción con distorsiones varias, como, por ejemplo: el hijo nace con la misión de satisfacer aspiraciones excesivas de los padres; compensar pérdidas importantes de alguno de ellos; también puede ser que la pareja este enfrentando una crisis transcendental. En la mayoría de estos casos no hay la disponibilidad afectiva adecuada para contener tempranamente las necesidades emocionales del hijo.

De cualquier modo, “se altera la simbiosis evolutiva normal, propia del primer trimestre” de vida y como consecuencia “estos bebés focalizan tempranamente su atención en la madre o sustituto y cercenan la percepción de sus propios estados emocionales”. Hay una “inversión de los roles de la simbiosis normal y es el hijo quien deberá satisfacer las necesidades internas de la madre -y probablemente, luego, del padre”- pero su propia necesidad permanecerá sin contención.

La desconexión afectiva de la madre le impide recibir el mensaje del hijo cuando implica estados de ansiedad, necesidad de contacto, búsqueda de placer, etc. Por lo tanto, no puede calmarlo ni consolarlo y deja sin contención las emociones del bebé incluyendo las expresiones de enojo ante las frustraciones y ansiedades, tan comunes al comienzo de la vida. En cambio, atiende con gran dedicación todo lo relacionado a los factores físicos, como el hambre, el sueño, el frío, el dolor, etc.

La sobreadaptación y la enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología. En este proceso de sobreadaptación, los enfermos psicósomáticos establecen una disociación cuerpo-mente en la cual los mensajes provenientes del interior emocional y corporal no logran una representación simbólica en la mente. No registran alertas orgánicas ni la angustia como señal de alarma que, les permita predecir riesgos. Pero hay diferentes tipos de enfermos psicósomáticos. Y, especialmente en la adultez, no es lo mismo el que sufre enfermedades de la piel y lleva una vida serena, que quien está en constante actividad y padece afecciones cardíacas. Aunque en ambos casos traten de satisfacer a un “Ideal del Yo” muy exigente, las consecuencias pueden ser muy distintas.

Los trastornos o enfermedades psicósomáticas son patologías que afectan al cuerpo:

- En su desencadenamiento o evolución intervienen factores emocionales.
 - El niño presenta un bloqueo mental del impulso afectivo, en especial de la agresión, que se deriva directamente al cuerpo a través de algún órgano.
- Se acostumbra desde muy temprano a bloquear la percepción de sus necesidades.
 - Intenta satisfacer los ideales de los padres y de otras personas significativas.
- Sobreadaptación y enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología.

Si bien los padres de los psicossomáticos suelen ser abandonantes desde el plano emocional, son a la vez controladores y exigentes porque requieren que el hijo cumpla con las expectativas previstas. Estos requerimientos pueden deberse tanto al deseo de tener un “hijo admirable” como a desear un “hijo que logré triunfar en la vida”. Por lo tanto, alientan desarrollos tempranos en especial en el área intelectual y del mundo social y desaprueban toda conducta que muestre ansiedad, angustia o miedo. Por eso, no registran las necesidades emocionales del niño ya que no las consideran importantes o las creen un obstáculo para lograr un adecuado desarrollo. El hijo se adapta a estos requerimientos para evitar el rechazo y asume los ideales parentales, pero termina pagando con la enfermedad y el empobrecimiento anímico. A la vez, los padres pueden ser “ambivalentes”, por un lado “sobreexigentes”, esperan que el hijo cumpla los ideales proyectados, y “sobreprotectores”, por otro lado. En ambos casos una de las razones primordiales es que “no desean que sus hijos atraviesen por las mismas dificultades” que ellos mismos padecieron.

Entre las conductas frecuentes de estas familias predominan la negación de los conflictos o el evitar hablar de ellos, la interacción rígida, poca espontaneidad y pautas de conductas inadecuadas a determinadas situaciones, o contradictorias entre sí. Todo esto sumado a las expectativas desmedidas de los padres hacia los hijos, va generando un clima familiar tenso que frena el crecimiento de sus miembros.

La finalidad de una terapia será que este método de vida tan arraigado se vuelva egodistónico -desagradable- para el paciente y que el código visceral pueda transformarse en mensajes comprensibles que permitan entender la postergación vital a la que se ha sometido. Lo que se debe cuidar en el proceso terapéutico es el riesgo de progresos que parecen exitosos pero que pueden ser “huidas a la salud”. También conviene saber que, a veces, la mejoría del síntoma por tratamientos médicos y/o quirúrgicos pueden producir una desorganización de códigos preexistentes y el enfermo puede ser confundido, sin serlo, con una personalidad psicótica. Por eso, la supresión del síntoma debe ir acompañada con tratamiento psicológico.

Problemática en la cura del paciente psicossomático que deben ser recalçadas:

- Reconocer el vínculo patológico con las personas significativas de la infancia que continúa en el presente, y aunque lo satisface, lo enferma y le impide cambiar y sanar. El vínculo de sometimiento y sobreadaptación a desandar, es una tarea no tan fácil de lograr.
- Transformar las manifestaciones somáticas y estados emocionales, en afectos ligados a palabras para ser pensadas y relacionadas a la personalidad. Esto permitirá también la aparición de expresiones de emociones que nunca se pudieron manifestar, como el egoísmo, la terquedad, el enojo y la desconfianza.
- Contener a los padres o figuras significativas, que se descompensan a medida que el paciente mejora. Quizás sea necesario recurrir a la realización, en paralelo, de terapia familiar.

Algunos indicadores que muestran un progreso en el proceso terapéutico con el consecuente quiebre de la sobreadaptación:

1. Modificar el estilo de la comunicación: reflexionar y poner nombre a sus estados de ánimo y poder transmitirlos. La somatización es un sustituto patológico de la emoción.
2. Tomar conciencia del sufrimiento: concientizar que sufren sin saberlo, por eso surgen crisis emocionales durante la sesión y pueden permitirse llorar y pedir ayuda externa.
3. Empezar a expresar “hostilidad”: sin temor a la fragilidad del objeto que lo tiraniza.

4. Comenzar a soñar: los sueños muestran el inicio de la capacidad de simbolizar.
5. Aparición de ansiedad depresiva: ligada a la ruptura de la simbiosis ilusoria seguido del dolor de reconocerse como seres independientes y mortales que mantuvieron un vínculo con un objeto que los privó del verdadero afecto y contención.
6. Lograr ser más espontáneos y demostrativos: en los afectos hacia los otros, tanto en lo corporal como en el lenguaje, aceptando también las mismas demostraciones afectivas de los demás hacia su persona.

Debemos aclarar que, sin poseer una predisposición o estructura psicossomática:

- Cualquier individuo puede enfermar ante una situación demasiado estresante. Si estas situaciones se repiten o son intensas, producen un estrés patológico, que lleva a un agotamiento perjudicial para el sujeto. Este estrés hace que el individuo se torne vulnerable a las enfermedades, que, según algunas investigaciones médicas pueden ir desde un simple resfrío hasta un cáncer.
- Ciertas personas que atraviesan situaciones particulares de su historia personal, ligados a la depresión y la culpa inconsciente, pueden padecer enfermedades que se desencadenan por factores emocionales.
- Algunas personas pueden padecer enfermedades psicossomáticas -de gravedad- cuando conviven con personas de marcadas características psicopáticas, abusadoras o perversas.

Pero, muchas veces estos casos recién mencionados se entrelazan con la estructura psicossomática descrita anteriormente.

De todos modos, no debemos descartar nunca factores genéticos o hereditarios predisponentes. Porque, si bien muchas de estas perturbaciones tienen un origen de orden emocional, otras veces pueden responder a causas exclusivamente orgánicas, por lo cual se hace necesario el diagnóstico diferencial por un equipo de profesionales médicos y psicólogos.

Algunos autores consideran dentro de las enfermedades psicossomáticas ciertas formas de: asma bronquial, psoriasis, úlcera gastroduodenal, colon irritable, y hasta ciertos trastornos cardiovasculares. Otros incluyen a todas las enfermedades denominadas autoinmunes (diabetes, lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etcétera).

Por último, es importante diferenciar la enfermedad psicossomática de otros cuadros que también comprometen al cuerpo. Por ejemplo, en el caso de lo que se denomina “mecanismo de conversión” -propio de algunas “neurosis”- los síntomas expresan en el cuerpo un conflicto psíquico reprimido que tiene un significado simbólico. Se trata de trastornos funcionales temporarios en zonas del cuerpo dominadas por el “sistema nervioso central”. En cambio, en la “enfermedad psicossomática” los pacientes localizan sus trastornos a nivel del “sistema nervioso neurovegetativo” y la alteración no sólo es funcional, sino que puede llegar a afectar directamente al órgano. En este caso no se trata de una representación reprimida -que puede llegar a hacerse consciente- sino de emociones que se derivan directamente al cuerpo, sin llegar a simbolizarse

BIBLIOGRAFÍA

- BEKEI, M. comp.: Lectura de lo Psicossomático. Lugar Editorial. Bs. As., 1996.
- BERENSTEIN, I.: Psicoanálisis de la Estructura Familiar. Ed. Paidós. Barcelona, 1981.
- LIBERMAN, D., GRASSANO, E. y otros: Del cuerpo al símbolo. Ed. Kargieman. Bs. As. ,1982.
- WINNICOTT, D.: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia. Barcelona, 1979.