

## **La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos\***

D. W. WINNICOTT

### **INTRODUCCIÓN**

- 1) Se necesita la palabra psico-somático porque no existe ningún vocablo simple que sea apropiado para la descripción de determinados estados clínicos.
- 2) El guión tanto separa como junta los dos aspectos de la praxis médica que constantemente se replantean en toda discusión sobre este tema.
- 3) La palabra describe con precisión algo que es inherente a este trabajo.
- 4) El psico-somatista se enorgullece de su capacidad de montar dos caballos a la vez, con un pie en cada una de las monturas y con las riendas de ambos en sus hábiles manos.
- 5) Deberá hallarse algún agente que tienda a separar los dos aspectos del trastorno psico-somático, para poder otorgar un lugar al guión.
- 6) Este agente es, en realidad, una disociación en el paciente.
- 7) La enfermedad en el trastorno psico-somático no consiste en el estado clínico expresado en la patología somática o el funcionamiento patológico (colitis, asma, eczema crónico). Es la persistencia de una escisión en la organización del yo del paciente, o de disociaciones múltiples, lo que constituye la verdadera enfermedad.

---

\* De una disertación en la Sociedad de Investigación Psicosomática, el 21 de mayo de 1964, titulada "EL DILEMA PSICO-SOMÁTICO". Traducido del International Journal of Psychoanalysis.

**8)** Este estado patológico en el paciente es de por sí una organización de defensas con determinantes muy poderosos, y por este motivo es muy común que médicos con muy buena intención y muy buena información e incluso con equipos excepcionalmente buenos fracasen en sus tentativas de curar a pacientes con trastornos psico-somáticos.

**9)** Si no se comprenden las razones de esta tendencia a fracasar, los médicos tratantes se descorazonan. Entonces el tema de la psico-somática se transforma en un tema de estudio no clínico o *teórico*, lo cual es relativamente fácil porque el teórico puede mantenerse alejado, no involucrado y no apremiado por la responsabilidad con respecto a pacientes concretos. Es precisamente el teórico quien tiende a perder contacto con la disociación, y a ver con excesiva facilidad desde ambos lados.

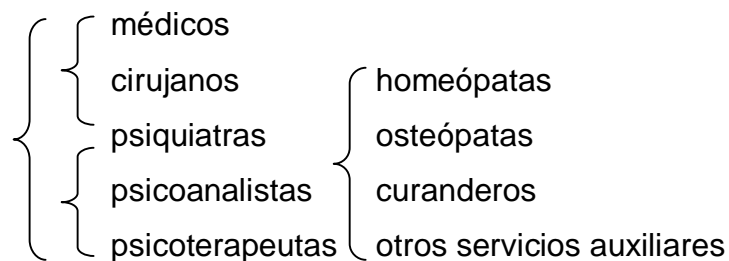
Yo quiero dejar bien claro que *las fuerzas que se conjugan en el paciente son tremendamente fuertes*. El dilema del psico-somatista tratante es sin duda una realidad. Deberán mencionarse una o dos complicaciones a esta altura del planteo:

**a)** Algunos médicos tratantes no son realmente capaces de montar los dos caballos a la vez. Están sentados en una montura y guían el otro caballo con la rienda o lo pierden en el camino. Después de todo, ¿por qué los médicos han de ser más sanos en un sentido psiquiátrico que sus pacientes? No fueron seleccionados sobre una base psiquiátrica. Es necesario considerar las disociaciones propias del médico a la par de las disociaciones en las personalidades de los pacientes.

**b)** Los pacientes pueden sufrir de más de una enfermedad. Un hombre con una tendencia al espasmo coronario, secundario a la confusión emocional, puede a su vez tener arterias calcificadas, o una mujer con fibroides y menorragia puede también tener una inmadurez sexual, etc. En general, son los hipocondríacos los que no se hacen examinar cuando tienen cáncer del seno o un hipernefoma, mientras que los pacientes que están físicamente enfermos se adelantan considerándose dispuestos o necesitados de un psicoanálisis o hipnotismo. Y aquellos pacientes que se pasan importunando a una sucesión de médicos muy rara vez sufren de algo que pueda descubrirse mediante un examen físico. De este modo los médicos se confunden, y se cuentan historias

increíbles de omisión de atención, algunas de las cuales, sin embargo, son reales.

c) Muchos pacientes no dividen su atención médica en dos; la escisión se produce en muchos fragmentos, y como médicos nos hallamos desempeñando el papel de uno de estos fragmentos. He usado (1958) la expresión “diversificación de los agentes responsables” para describir esta tendencia. Tales pacientes suministran los ejemplos citados en historiales de casos sociales en los que se hallaron veinte, treinta o más agencias involucradas en la ayuda de la aflicción de una sola familia. Los pacientes con disociaciones múltiples explotan asimismo las divisiones naturales existentes dentro de la profesión médica, tales como:



## LA PSICO-SOMÁTICA COMO TEMA

La psico-somática es en muchos sentidos un tema peculiar, porque si se asciende a la esfera de la intelectualización y se pierde contacto con el paciente concreto, uno pronto encuentra que la expresión psico-somática pierde su función integrativa. Uno pronto se pregunta: ¿por qué existe esta especialidad? ¿No incluye todos los aspectos del crecimiento humano, salvo quizás el del comportamiento? Me hallo manejando las mismas cuestiones que traté de aclararme a mí mismo en *“La mente y su relación con la psique-soma”* (1949), porque fue al escribir dicho trabajo que me di cuenta de la confusión que existe debido al uso de la expresión “trastorno mental”, una expresión que de algún modo no abarca el caso de un niño con un ataque biliar, o el caso de una persona con una enfermedad física fatal que no pierde la esperanza.

Yo sugiero que cualquier tentativa intelectualizada de hacer fácil la psico-somática se despoje del atolladero clínico que nos atrapa en nuestro trabajo

específico. Nos hallamos en medio de intentos de formular una *teoría* cuando la palabra debiera ser *teorías* (en plural). No es mi objetivo plantear una verdad definitiva, sino señalar mi punto de vista y de este modo suministrar material a reverse.

El elemento que otorga cohesión a nuestro trabajo sobre la psico-somática, como ya lo mencionara, radica a mi entender en la escisión patológica que el paciente realiza de la atención en su entorno. La escisión, por cierto, es tal que separa el cuidado físico de la comprensión intelectual; y lo que es más importante, separa la atención –psique de la atención– soma.

Si yo tomo un caso de mi praxis y trato de describir el dilema, corro el riesgo de arruinar mi tratamiento, porque por más cuidadosamente que frasee lo que tengo que decir, no puedo satisfacer a mi paciente, que puede leer lo que yo informe. La solución en el caso de cualquier paciente no ha de buscarse en un informe cada vez más cuidadoso; la solución sólo puede darse con el éxito del tratamiento, el que, con el transcurso de cierto lapso, puede resultar en que el paciente se haga capaz de no continuar necesitando la escisión que crea el dilema médico que estoy describiendo. Como tengo una praxis necesito ser muy cuidadoso al presentar mi material ilustrativo.

Hagamos de cuenta que tengo un paciente entre los lectores, un paciente con una variedad de este trastorno que denominamos psico-somático. Probablemente al paciente no le importe que se le cite; no es ésta la dificultad. La dificultad consiste en que *no me sería posible hacer un relato de algo que aún no se ha vuelto aceptable en la economía interna del paciente*. Únicamente la continuación del tratamiento es de utilidad en el caso concreto, y con el transcurso del tiempo el paciente cuya existencia estoy postulando puede llegar a aliviarme del dilema que me plantea su enfermedad, el dilema que es el tema de mi trabajo. Y hay una cosa que odiaría hacer, que sería seducir al paciente hacia un acuerdo que involucraría un abandono de la psique-soma y una huida a una confabulación intelectual.

¿Estoy empezando a transmitir mi concepción de que *en la práctica* existe una dificultad real e insuperable, la disociación en el paciente, la que separa el mal funcionamiento somático y el conflicto en la psique? Con el debido tiempo y con circunstancias favorables el paciente tenderá a recuperarse de la

disociación. Las fuerzas integrativas en el paciente tenderán a que el paciente abandone la defensa. Trataré de hacer una formulación que evite el dilema.

Será evidente que estoy efectuando una distinción entre el verdadero caos psico-somático y el problema clínico casi universal de lo funcional involucrado en procesos emocionales y en conflictos mentales. No necesariamente considero a mi paciente con una dismenorrea vinculada con componentes anales en la organización genital, como un caso psico-somático, ni tampoco al hombre que debe orinar urgentemente en determinadas circunstancias. Esto simplemente se da en la vida; es vivir. Pero sí puedo etiquetar como psico-somático a mi paciente que dice que su disco dislocado se debe a una corriente de aire, y por ende prestarle atención en este trabajo.

## **MATERIAL ILUSTRATIVO**

Cuando me pongo a seleccionar ejemplos clínicos, evidentemente quedo abrumado ante la cantidad de material. Debe de haber cientos de maneras de seguir adelante con mi punto de vista a partir de este lugar en mi exposición.

## **UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA**

Hay ciertos rasgos comunes en los casos de anorexia, aunque en un caso el niño puede ser casi normal y en otro puede estar muy enfermo. Un niño prácticamente puede morir de inanición en una fase de su trastorno y sin embargo recuperarse espontáneamente, mientras que en otro ejemplo menos peligroso el niño puede seguir siendo una víctima psiquiátrica.

Describiré brevemente a una niña de 10 años que está en análisis. Está bien físicamente porque está tomando alimentos como si fueran remedios. No come nada como si fuera comida. Pueden ustedes imaginarse que esta niña es muy recelosa de que haya un intercambio entre sus médicos físicos y su analista. No obstante, ella confía absoluta y concientemente en una íntima cooperación entre el analista y los médicos y el cuerpo de nurses. Hay escisiones múltiples: la paciente clasifica a las nurses y a los médicos en aquellos que comprenden y aquellos que jamás podrían comprender. Todos los involucrados se esfuerzan al máximo para evitar el momento en que la lógica

aparezca en el escenario y evidencie con claridad la existencia de disociación en la paciente. Lo peor que podría ocurrir sería forzar este asunto. Un médico le dijo: “Estás perdiendo el tiempo, debes dedicarte a las lecciones escolares.” Esto produjo una amenaza de angustia de intensidad extrema, y lo único que salvó la situación fue el hecho de que la sesión analítica sucedió casi enseguida de este acontecimiento peligroso. La paciente sabía que podía confiar en que el analista prohibiera la enseñanza. Pero yo no tuve que hacer nada porque pronto encontró uno de los otros médicos, “el que comprende”, y naturalmente él proscribió la enseñanza y enderezó todo el asunto. No obstante, seguramente una de las nurses de la sala y/o una de las limpiadoras podían decir algo sin tacto, es decir, algo que ignorara la disociación de la paciente. No creo que por ahora haya alguien a diez kilómetros a la redonda que se atreva realmente a decirle a esta niña que **coma**, a tal punto ella ha manifestado su profunda necesidad de que se la deje tranquila a este respecto y se lo ha aceptado, aunque a regañadientes.

Aquí hay otro modo de describir este aspecto del caso. Por muchos meses durante el análisis las sensaciones y las agonías y los sueños de la paciente aparecían en la forma de material urgente relacionado con la barriguita. Había todo un mundo de objetos cayendo dentro y fuera de su delantera. En un sueño había ficheros metálicos y aun puertas de acero con bordes filosos que le daban agudos dolores de barriga. Estos no podían alterarse mediante interpretaciones en cuanto a objetos internos. Un día (después de años) ella mencionó un **dolor de cabeza**. Aquí por lo menos había un cambio del estado disociado, ya que podía aceptarse que el dolor de cabeza estuviera asociado con una confusión de ideas y de responsabilidades. Yo interpreté entonces que ella me estaba contando acerca de una enfermedad de su **mente**, y por consiguiente me deslicé al papel de psicoterapeuta, dejando de formar parte del equipo psico-somático. Esto persistió, y por muchos meses prácticamente no hubo mención alguna de la cuestión barriga. Ahora, como paciente mental, ella puede darme material para que yo interprete en terminología de objeto interno, si me siento dispuesto a ello, y puedo trabajar con la paciente sobre la naturaleza de la fantasía en su interior, y qué es lo que se encuentra allí, cómo llegó allí y qué puede hacerse con esto. En la fase

anterior, por el contrario, había una huida hacia los síntomas ilusorios de la barriga, con una negación del contenido mental.

Si esta paciente estuviera aquí ahora, leyendo este trabajo, se hallaría incómoda, porque se daría cuenta de que los médicos que la atienden son los amigos de su analista. Los pacientes psico-somáticos siempre se quejan de que los diversos médicos no cooperan, pero se ponen ansiosos cuando sí se encuentran para estudiar el caso. Misericordiosamente, mis colegas pediátricos no están totalmente convencidos de este punto de vista del psicólogo dinámico o del psicoanalista, y por ende hay una cierta escisión actualmente presente en el entorno médico; esto hace sentir a la niña que tiene aliados en cualesquiera de los lados en que justo esté con el conflicto interno proveniente de su disociación.\*

En la práctica de la psico-somática, lo que el psicoterapeuta necesita es la cooperación de un médico **no demasiado científico**. Esto suena horrible y supongo que habrá oposición a esta afirmación. No obstante, debo decir lo que siento. Cuando estoy haciendo el análisis de un caso psico-somático me gustaría que mi opositor fuera un **científico en vacaciones de la ciencia**. Lo que se necesita es más bien ciencia-ficción y no una aplicación rígida y compulsiva de la teoría médica sobre la base de la percepción de la realidad objetiva.\*

. 1965/6 Desde que se escribió esto en 1964, ha cambiado la naturaleza de la enfermedad de esta paciente. Ya no es un caso psico-somático. Tiene grave alteración del desarrollo emocional u está sometiéndose a análisis para el alivio de su conflicto mental y su agonía, sin emplear ya una defensa psico-somática. (Nota posterior: la paciente marcha bien.)

ra

de

Sus analistas anteriores.

Su masajista.

Su peluquero, especialmente el otro que cura gratuitamente su alopecia ocasional.

Un espiritista con videncia.

Un párroco especial.

La niñera de sus hijos, seleccionada muy cuidadosamente para que fuera lo suficientemente buena para cuidar de los pequeños y por ende capaz de transformarse en una cuidadora mental para ella.

El garaje muy especial para su coche.

Etcétera.

Aquí hay una “diversificación de los agentes responsables” secundaria a una desintegración activa en la economía de la personalidad de la paciente. La integración en su análisis ha sido un deshacer gradual de la diversificación organizada de los agentes terapéuticos y la disociación múltiple de su personalidad, mediante las cuales se defendía contra una pérdida de identidad en un fusionamiento con su madre. ¿Queda claro que inicialmente la paciente usó todos estos ayudantes de un modo disociado? Había un revoloteo de uno a otro, y como había una disociación múltiple básica, la paciente nunca estaba toda ella en un lugar ni en contacto con cada uno de los aspectos de la atención que ella misma había organizado.

Pero en el transcurso del tratamiento ocurrió un cambio muy grande. He observado cómo todos estos agentes se asentaron gradualmente como *aspectos de la transferencia*. Cuando la paciente se hallaba cerca de este logro, pudo por primera vez amara alguien, a su marido. La escisión de la personalidad estaba relacionada con la necesidad de la paciente de rescatar una identidad personal y de evitar fusionarse con la madre. Fue un día clave para mí aquel en que la paciente me llamó por teléfono por equivocación, cuando estaba tratando de comunicarse con el carnicero.\*

## UN CASO DE COLITIS

---

\* En el caso de que esta paciente leyera estas palabras, quisiera decir que esta descripción no sólo es inadecuada en todos los sentidos, sino que inclusive es inexacta. Pero yo la utilizo para ilustrar una idea. (Nota posterior: esta paciente marcha bien.)



Citaré un tercer caso con un desarrollo menos feliz, para equilibrar con los anteriores. Una niña estaba en análisis conmigo por su colitis, ciertamente un buen ejemplo del tipo de trastorno que aparece junto con la escisión que estoy tratando de describir. Desafortunadamente no pude ver lo suficientemente temprano que la persona enferma en este caso era la madre. Era la madre la que tenía la escisión esencial, mientras que la niña sufría de colitis. Pero se me trajo a la niña para tratamiento.

Estaba marchando muy bien la niña y yo tenía la impresión de contar con la cooperación de la madre. Por cierto era cordial. Cuando la niña cumplió 8 años dije que ella podía ir a la escuela, tal como deseaba hacerlo, y esto despertó un cambio en la actitud inconciente de la madre. La niña fue a la escuela pero muy pronto se enfermó gravemente.

Entonces averigüé que, justamente a los 8 años, la madre había sido un caso de negativa a la escuela, y por cierto esto a su vez tuvo que ver con la psicopatología de su propia madre. Aunque inconsciente del hecho, la madre no podía permitir a su hija que adoptara un molde distinto al suyo, pues la hija estaba re-viviendo su vida para ella.

Después de la ruptura inesperada de mi tratamiento, supe que la niña estaba en las manos de varios médicos generales, también de un pediatra, como asimismo, en un período próximo a la finalización de mi intervención, la atendió un hipnotista y otro psicoterapeuta. No mucho tiempo después un cirujano le extirpó el colon y yo abandoné el caso, lo cual en la práctica pasó inadvertido. Ni siquiera se me despidió. Sin embargo, tres meses antes yo tenía todo el caso en mis manos, según parecía, y creía contar con la confianza total de la familia; sin duda contaba con la confianza de la niña, en tanto que ser humano autónomo. Por desgracia, era precisamente esto lo que ella NO era.

Desconozco el estado actual de la niña y no tengo ánimo para averiguarlo. Mi error consistió en tratar a la niña cuando la enfermedad estaba en la madre, y la enfermedad incluía la disociación psico-somática esencial que es el tema de este trabajo. No es que yo haya desatendido la psicopatología de la madre, de la cual la niña estaba enterada, y que todo el tiempo fue un elemento importante en el trabajo realizado entre la niña y yo. Pero me había olvidado de la necesidad inconciente, tremendamente poderosa, que existe en

una madre de este tipo de diversificar los agentes responsables y de mantener el *status quo* del cual, en este caso, la enfermedad somática de la niña constituía una parte integral. La madre podía tener un cuerpo sano siempre y cuando la enfermedad estuviera en la niña.

## RECAPITULACIÓN

Una multiplicación de ejemplos clínicos no haría adelantar el planteo. No hay ninguna parte del desarrollo de la personalidad que se escape de estar involucrada en el estudio de los trastornos psico-somáticos. Una severa amenaza de desintegración puede ocultarse tras una tortícolis; una insignificante erupción cutánea puede ocultar una despersonalización; el ruborizarse puede ser lo único que aparece de un fracaso infantil en establecer una relación humana mediante el pasaje de las aguas, quizás porque nadie estuvo dispuesto a mirar y admirar en la fase de la potencia de la micción. Es más, el suicidio puede amontonarse en un lunar duro en el maléolo interior, producido y mantenido por un pataleo constante; las ilusiones persecutorias pueden confinarse clínicamente al uso de lentes oscuros o reventándose los ojos; una tendencia antisocial perteneciente a una grave privación puede manifestarse como un simple mojarse la cama; la indiferencia con respecto a estar lisiado o una enfermedad dolorosa puede ser el alivio de una organización sexual sado-masoquista; la hipertensión puede ser el equivalente clínico de un estado de angustia psiconeurótica o de un factor traumático prolongadamente continuo, tal como una figura parental que es amada pero que es una víctima psiquiátrica. Y se podría proseguir, pero todo esto es terreno conocido.

Yo sostengo que ***estas cosas no constituyen en sí mismas el trastorno psico-somático***, ni justifican el uso de una expresión especial o la organización de un ***grupo psico-somático*** dentro de la profesión quirúrgica y médica general. Lo que tiene sentido en este agrupamiento es la necesidad de algunos pacientes de que los médicos se queden en dos o más lados distintos de una verja, debido a una necesidad interna; y también que esta necesidad interna es parte de un sistema defensivo altamente organizado y mantenido poderosamente, donde las defensas se dirigen contra los peligros que surgen

de la integración y de la realización de una personalidad unificada. Estos pacientes nos necesitan escindidos (aunque esencialmente unidos en un fondo lejano, el que no se pueden dar el lujo de conocer).

Por mucho tiempo me ha consternado nuestra incapacidad de clasificar los trastornos psico-somáticos y de formular una teoría, una teoría unificada de este grupo de afecciones. Cuando hallé una manera de decirme a mí mismo en qué consiste el trastorno psico-somático, me encontré con una clasificación ya confeccionada que formularé (por la medida en que vale). Pero antes permítaseme replantear mi tesis principal, conectándola con la teoría de la maduración en el crecimiento individual.

## **EL ELEMENTO POSITIVO EN LA DEFENSA PSICO-SOMÁTICA**

La enfermedad psico-somática es el negativo de un positivo; donde lo positivo es la tendencia hacia la integración en varios de sus significados e incluyendo a lo que yo me referí como personalización (1963). Lo positivo es la tendencia heredada de cada individuo de lograr una unidad de la psique y del soma, una identidad experiencial del espíritu o de la psique y la totalidad del funcionamiento físico. Una tendencia lleva al infante y al niño hacia un cuerpo que funciona, sobre el cual y desde el cual se desarrolla una personalidad que funciona, una personalidad completa con las defensas contra todos los tipos y grados de angustia. En otras palabras, tal como Freud lo dijera hace muchas décadas, el yo se basa sobre un yo corporal. Freud podría haber proseguido diciendo que **con salud** el yo mismo (self) retiene esta aparente identidad con el cuerpo y su funcionamiento. (Toda la compleja teoría de la introyección y de la proyección, como también la conceptualización alrededor de la expresión “objeto interno”, es un desarrollo de este tema.)

Esta etapa en el proceso de integración es una que se podría llamar la etapa **“Yo soy”** (Winnicott, 1965). Me gusta este nombre porque me recuerda la evolución de la idea del monoteísmo y de la denominación de Dios como el “Grande YO SOY”. En términos de juego infantil esta etapa (aunque a una edad mayor que la que tengo en mente ahora) se celebra con el juego: “Yo soy el Rey del Castillo - Tú eres el Sucio Bandido”. Es el significado del “Yo” y del “Yo soy” el que se altera con la disociación psico-somática.

La escisión de la psique del soma es un fenómeno retrogresivo que emplea residuos arcaicos en el establecimiento de la organización de las defensas. Contrariamente, la tendencia hacia la integración psico-somática es una parte de movimiento hacia adelante en el proceso del desarrollo. “La escisión” es aquí el representante de “represión”, la expresión apropiada en una organización más sofisticada.

## **CLASIFICACIÓN**

Si esto es verdad entonces debería ser posible clasificar la enfermedad psico-somática según la teoría de los procesos de maduración, incluyendo dos ideas fundamentales:

- 1)** Un estado primario no integrado, con una tendencia hacia la integración.

El resultado depende de:

El reforzamiento del yo de la madre, basado en su capacidad de adaptación, dando al yo del infante una realidad en dependencia.

El fracaso maternal que deja al infante sin lo esencial para la operación de los procesos de maduración.

- 2)** La integración psico-somática o la realización del “morar dentro” de la psique en el soma, a proseguir con el goce de la unidad psico-somática en la experiencia.

En el proceso de integración el infante (con un desarrollo sano) aumenta su asidero en la posición “Yo soy” o “Rey del Castillo” en su desarrollo emocional, y luego no sólo el goce del funcionamiento corporal refuerza el desarrollo del yo, sino que también el desarrollo del yo refuerza el funcionamiento corporal (influye el tono muscular, la coordinación, la adaptación a los cambios de temperatura, etc. etc.). Si el desarrollo fracasa en estos sentidos resulta en una inseguridad del “morar dentro”, o lleva a la despersonalización, en tanto el morar dentro se ha tornado un rasgo que puede perderse. La expresión “morar dentro” se emplea aquí para describir el morar de la psique en el soma personal, o viceversa.

En la posición “Yo soy” o “Rey del Castillo” el individuo quizás pueda o quizás no pueda manejar la rivalidad que esto engendra (“Tú eres el Sucio Bandido”)\* por razones internas o externas (y el infante aún es muy dependiente). Con salud la rivalidad se convierte en un estímulo adicional al crecimiento y entusiasmo por vivir.

Por consiguiente, el trastorno psico-somático se relaciona con un yo débil (en gran parte dependiente de un cuidado y mimo materno no suficientemente bueno), con un establecimiento débil del “morar dentro” en el desarrollo personal; y/o se produce una retirada del *Yo soy*, y del mundo que se ha vuelto hostil mediante el repudio del individuo del *no - yo*, a una forma especial de escisión que está en la mente pero que se da a lo largo de líneas psico-somáticas.

(Aquí un detalle real persecutorio del entorno puede determinar la retirada del individuo a alguna forma de escisión.)

De este modo, la enfermedad psico-somática implica una escisión en la personalidad del individuo, con debilidad en la conexión entre la psique y el soma, o una escisión organizada en la mente en defensa contra una persecución generalizada del mundo repudiado. Sin embargo, se mantiene en la persona enferma (individual), una tendencia a NO perder totalmente la conexión psico-somática.

Aquí, pues, se halla ***el valor positivo de la participación somática***. El individuo valora la conexión psico-somática potencial. Para comprender esto hay que recordar que las defensas están organizadas no sólo en función de la escisión que protege contra la aniquilación, sino también en función de la protección de la psique - soma de una huida a la existencia intelectual izada o espiritual, o a proezas sexuales compulsivas que ignorarían las demandas de una psique que se construye y mantiene sobre una base de funcionamiento somático.

Una complicación más. Naturalmente, cuando se disocia la personalidad, el individuo explota las disociaciones en el entorno. Un ejemplo sería la utilización de una tendencia en la madre hacia la desintegración o la

---

\* Esta expresión normalmente no incluye el adjetivo “sucio”, pero precisamente aquí esta palabra implica: “Tú no eres (como lo soy yo) un bebé uterino capaz de integración y de autonomía, sino que eres un producto excretorio de tu madre, sin ninguna forma ni proceso de maduración”.

despersonalización de la discordia parental, o de la ruptura de la unión familiar, o del antagonismo (especialmente un antagonismo inconsciente) entre la familia y la escuela. Del mismo modo se utilizan las divisiones (a las que me ha referido) en el asunto de la atención médica.

Aquí volvemos a mi idea principal, o sea, la existencia de un grupo psico-somático (o psico-somático) de médicos depende de la necesidad de los pacientes de dividirnos y separarnos (escindirnos) por razones prácticas, aunque permanezcamos teóricamente unidos por una disciplina y una profesión en común.

La dificultad de la tarea consiste en obtener una visión unificada del paciente y de la enfermedad ***sin que se manifieste de un modo tal que se adelante a la capacidad del paciente de lograr la integración a una unidad.*** Frecuentemente, muy frecuentemente, debemos contentarnos con que el paciente se salga con la suya, manipulando la sintomatología, en una relación alternada<sup>1</sup> con nuestros opositores, sin intentar curar la verdadera enfermedad, siendo esta verdadera enfermedad la escisión de la personalidad del paciente que se organiza a partir de una debilidad del yo y se mantiene como una defensa contra la amenaza de aniquilación en el momento de la integración.

La enfermedad psico-somática, igual que la tendencia antisocial, tiene su lado optimista en cuanto el paciente está en contacto con la posibilidad de una unidad psicósomática (o personalización) y de dependencia, aun cuando su condición clínica ilustre activamente lo contrario mediante la escisión, mediante disociaciones varias, mediante una tentativa persistente de dividir y separar la atención médica, y mediante un omnipotente cuidado de sí mismo.

(Traducido por Bea J. de Capandeguy)

---

<sup>1</sup> Winnicott emplea una expresión idiomática muy rara e inusual: una relación “box-and-cox”. Proviene de una obra musical de Morton (1867) titulada así. Se trataba del nombre de dos personajes que no podían aparecer jamás juntos en el escenario! Si aparecía Box no podía aparecer Cox y a la inversa. Sólo podían mostrarse alternadamente. (Nota de la traductora.)

