

## LA ENFERMEDAD SOMÁTICA EN FERENCZI, GRODDECK Y WINNICOTT: UNA NUEVA MATRIZ TEÓRICA.



Lucas Nápoli dos Santos<sup>1</sup>  
Carlos Augusto Peixoto Junior<sup>2</sup>

**RESUMEN:** La matriz teórica propuesta por Pierre Marty y otros analistas de la Escuela de Psicopatología de París (EPP) es, actualmente, el modelo hegemónico de abordaje de la enfermedad somática en Psicoanálisis. Esta matriz se basa en la hipótesis de que la enfermedad orgánica estaría asociada a una insuficiencia de la capacidad de elaboración psíquica. Sándor Ferenczi, Georg Groddeck y Donald Winnicott formularon concepciones sobre la enfermedad somática que no se ajustan al modelo francés. El objetivo de este artículo es cotejar las contribuciones de estos autores indicando que ellas revelan la existencia de otra matriz de comprensión de la enfermedad somática en Psicoanálisis. Se realizó un estudio teórico-conceptual por medio del análisis de algunos textos de los tres autores relacionados directa o indirectamente del enfermo somático y de las relaciones entre cuerpo y psique. La investigación mostró que las concepciones de los autores tienen tres puntos principales de convergencia entre sí: (1) una concepción monista del individuo en el que el cuerpo y la psique se entienden como expresiones concomitantes de una realidad integral; (2) la comprensión de la psique no como una máquina de descargar excitaciones, sino como un movimiento productivo ininterrumpido, que promueve continuamente una elaboración imaginativa del cuerpo; y (3) el entendimiento de la enfermedad como un fenómeno relacional, que sólo puede ser adecuadamente comprendido a la luz de la historia y del contexto actual del individuo. Estos tres puntos se constituyen en los pilares de una matriz teórica que, a diferencia de la matriz francesa, enfatiza la complejidad de la enfermedad somática y está alineada con un modelo integral de cuidado en salud.

**PALABRAS CLAVE:** Psicopatología, Enfermedad, Cuerpo, Psique, Psicoanálisis.

**RESUMO:** A matriz teórica proposta por Pierre Marty e outros analistas da Escola de Psicopatologia de Paris (EPP) é, atualmente, o modelo hegemônico de abordagem do adoecimento somático em Psicanálise. Tal matriz está alicerçada na hipótese de que a doença orgânica estaria associada a uma insuficiência da capacidade de elaboração psíquica. Sándor Ferenczi, Georg Groddeck e Donald Winnicott formularam concepções sobre o adoecimento somático que não se coadunam com o modelo francês. O objetivo deste artigo é cotejar as contribuições desses autores a fim de demonstrar que elas revelam a existência de outra matriz de compreensão do adoecimento somático em Psicanálise. Foi realizado um estudo teórico-conceitual por meio da análise de alguns textos dos três autores que tratam direta ou indiretamente do adoecimento somático e das relações entre corpo e psique. A investigação evidenciou que os autores apresentam três principais pontos de convergência entre si: (1) uma concepção monista do indivíduo na qual corpo e psique são entendidos como expressões concomitantes de uma realidade integral; (2) a compreensão da psique não como uma máquina de descarregar excitações, mas como um movimento produtivo ininterrupto, que promove continuamente uma elaboração imaginativa do corpo; e (3) o entendimento de que o adoecimento é um fenômeno relacional, que só pode ser adequadamente compreendido à luz da história e do que, diferentemente da matriz francesa, enfatiza a complexidade do adoecimento somático e está alinhada com um modelo integral de cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Psicopatologia, Adoecimento, Corpo, Psique, Psicanálise.

**ABSTRACT:** The framework proposed by Pierre Marty and other analysts of the Paris Psychosomatic School is currently the hegemonic model of approach to somatic illness in Psychoanalysis. This framework is based on the hypothesis that organic disease would be associated with an insufficiency of the psychic elaboration capacity. Authors such as Sándor Ferenczi, Georg Groddeck and Donald Winnicott formulated conceptions about somatic illness that do not fit the French model. The objective of this article is to compare the contributions of these authors indicating that they reveal the existence of another framework of understanding of somatic illness in Psychoanalysis. A theoretical conceptual study was carried out through the analysis of some texts of the three authors directly or indirectly related to somatic illness and the relationship between body and psyche. Research has shown that the conceptions of the authors present three main points of convergence: (1) a monistic conception of the individual in which body and psyche are understood as concomitant expressions of an integral reality; (2) the understanding of the psyche not as a machine of unloading excitations, but as an uninterrupted productive movement, which continually promotes an imaginative elaboration of the body; and (3) the understanding that illness is a relational phenomenon, which can only properly be understood in the light of the individual's history and current context. These three points constitute the pillars of a framework that, unlike the French framework, emphasizes the complexity of somatic illness and is aligned with a health comprehensive model approach.

**Keywords:** Psychosomatic, Illness, Body, Psyche, Psychoanalysis.

## INTRODUCCIÓN

En el campo psicoanalítico, la matriz teórica hegemónica en el enfoque de la enfermedad somática proviene de los trabajos de Pierre Marty y otros analistas franceses, en particular Michel de M'Uzan, Michel Fain y Christian David. Desde principios de la década de 1950, estos autores constituyeron la llamada *Escuela de Psicopatología de París* (Aisenstein, 2006). Su enfoque teórico se basa en la hipótesis de que la enfermedad somática ocurriría con mayor frecuencia y severidad en individuos con una *organización psíquica específica* que los hace más vulnerables a sufrir una enfermedad orgánica. El aspecto central de esta estructura sería una *insuficiencia fundamental del funcionamiento mental* (Marty, 1993), no tratándose en este contexto de una deficiencia intelectual o cognitiva. La noción de "funcionamiento mental" empleada por Marty y sus colegas se refiere a la capacidad de la psique para permitir la descarga de la emoción a través de representaciones mentales. Desde el punto de vista de estos autores, esta capacidad de elaboración se vería comprometida en individuos que padecen enfermedades somáticas.

Aunque Marty y sus colegas afirman que tal hipótesis surgió del enfoque clínico de los pacientes llamados somatizantes, es posible evaluar esto no solo como un mero reflejo de la experiencia de los autores, sino también como una forma específica de enmarcar fenómenos clínicos, basados en un cierto *modelo* de enfoque de subjetividad. Se trata, para decirlo por lo claro, del modelo freudiano, en el que la psique es vista como un *aparato* que opera teniendo como función el permitir la descarga de las tensiones experimentadas por el organismo, especialmente las que surgen de las excitaciones internas (pulsiones). Las representaciones mentales serían los *medios* por los cuales tal función podría llevarse a cabo. En este sentido, la hipótesis de que la insuficiencia del funcionamiento mental es el factor determinante de la vulnerabilidad individual a la enfermedad orgánica solo tiene sentido a la luz de este modelo mecánico de psique adoptado por el fundador del psicoanálisis.

Cuando Freud (1996a/1915) formaliza el concepto metapsicológico de pulsión (*Trieb*) como una fuerza constante proveniente del interior del cuerpo, la psique empieza a ser pensada como un aparato organizado fundamentalmente para manejar las intensidades pulsionales. El médico vienés señala que la naturaleza constante del flujo pulsional demanda un funcionamiento mental más complejo que el requerido por los otros estímulos. Un simple movimiento reflejo ya no sería suficiente para promover la restauración del equilibrio psíquico, ya que las intensidades del impulso no dejarían de manifestarse, obligando a la mente a "renunciar a su intención ideal de disipar los estímulos" (Freud, 1996a / 1915, p. 126). Como resultado de ello, el aparato psíquico se vería obligado a poner en marcha un verdadero trabajo sobre las intensidades con el fin de manejarlas y de impedir un efecto traumático debido a su acumulación. Este trabajo se realizaría fundamentalmente a partir de las representaciones mentales y los procesos asociativos entre ellas.

Marilia Aisenstein, una de las principales representantes contemporáneas de la Escuela de Psicósomática de París, señala que la tesis de Freud de que el impulso hace una demanda continua de trabajo representacional a la mente permite esclarecer aquello que estaría en juego en las enfermedades somáticas. Según la autora, los síntomas orgánicos serían “consecuencias de la incapacidad de la psique para decodificar o traducir las demandas exigentes del cuerpo” (Aisenstein, 2010, p. 53). Por esta razón, Aisenstein considera el concepto freudiano de la pulsión como una noción crucial para el enfoque de la enfermedad somática, ya que en este tipo de afecciones las intensidades pulsionales se manifestarían en un estado bruto, es decir, sin un trabajo previo de representación.

Es precisamente esta suposición de que en la base de la matriz teórica de la Escuela de Psicósomática de París se encuentra el modelo freudiano de subjetividad la que puede entenderse en las categorías clínicas formuladas por Marty y sus colegas para caracterizar a los llamados pacientes somatizantes. Estas son las nociones de *carecía fantasmática* y de *pensamiento operativo*. Según Marty y M’Uzan (1963), el discurso de los pacientes con enfermedades somáticas en el *setting* acostumbra a mantenerse mucho más relacionado con la realidad objetiva, con pocos trazos de simbolismo. Además de ello, estos pacientes no habría la típica demanda de amor que generalmente se encuentra en la clínica psicoanalítica con pacientes neuróticos. La relación terapéutica estaría vaciada de cualquier rastro de afectividad, prevaleciendo la dimensión meramente pragmática del encuentro entre el paciente y el médico. Según los autores, tales características serían la expresión de una psique que presentaría una falta de producciones fantasmáticas (*carecía fantasmática*) y, en consecuencia, funcionaría mecánicamente como un mero dispositivo de registro burocrático de la realidad externa (*pensamiento operatorio*). Para Marty y M’Uzan (1963), el pensamiento operativo denotaría que la psique de los pacientes somatizantes no cumpliría suficientemente su función de dar flujo representacional a las intensidades pulsionales por medio de producciones fantasmáticas, llevando al cuerpo a convertirse en un depósito de tensiones no elaboradas.

Otros autores en el campo psicoanalítico han formulado concepciones sobre enfermedades somáticas que no se ajustan a la matriz teórica de la Escuela de Psicósomática de París. Sin embargo, tales contribuciones nunca han alcanzado el mismo grado de prestigio en el campo psicoanalítico alcanzado por la matriz francesa. Frente a este hecho, el propósito de este artículo es rescatar y cotejar las contribuciones de tres de estos autores (Georg Groddeck, Sándor Ferenczi y Donald Woods Winnicott), destacando los rasgos comunes entre ellos, para demostrar la hipótesis de que, en conjunto, revelan la existencia de otra matriz para comprender la enfermedad somática en el psicoanálisis. Desde el punto de vista metodológico, el artículo es el resultado de una investigación teórico-conceptual basada en el análisis de algunos textos de los tres autores que abordan directa o indirectamente la enfermedad somática y las relaciones entre el cuerpo y la psique.

### **La psique como productor de significado.**

Uno de los aspectos principales que distinguen las concepciones de Ferenczi, Groddeck y Winnicott de la matriz teórica de la Escuela de Psicósomática de París es la noción de psique con la que trabajan estos autores. De hecho, a la luz de estos teóricos, es posible pensar en la psique no por medio de la metáfora del aparato, sino como un *movimiento productivo ininterrumpido*, que promueve continuamente una elaboración imaginativa del cuerpo. Esta elaboración imaginativa no significa en absoluto un flujo de intensidades físicas a través de representaciones mentales. La elaboración imaginativa del cuerpo consiste en dar lugar a una *experiencia personal y única del funcionamiento somático* a través de producciones de una naturaleza propiamente psíquica, como símbolos, fantasías, sueños, juegos, creaciones, etc. La psique, por lo tanto, no debe concebirse “como si fuera un aparato que puede visualizarse y figurarse espacialmente, como lo hace cuando se trata de un telescopio, un microscopio o cualquier objeto similar” (Fulgencio, 2003, p. 145). A la luz de estos autores, la psique debe ser considerada como una *actividad*, un *proceso dinámico* y, al mismo tiempo, como la composición orgánica de los resultados de este *flujo imaginativo* que se desarrolla sobre la base de la experiencia del cuerpo, personalizándolo, dando origen a una apropiación psíquica de ella a través de las producciones creativas a las que hacemos referencia.

Se trata, por lo tanto, de una psique que elabora el cuerpo, pero no en el sentido de dominar sus excesos, como sería una idea vinculada a una concepción del cuerpo que lo reduce a su dimensión pulsional. Para

Ferenczi, Groddeck y Winnicott, el cuerpo si posee un aspecto pulsional, e incluso este aspecto puede ser más influyente en ciertas patologías que en otras. Sin embargo, dado que la dimensión pulsional no agota la corporeidad, la psique no tendría la función de “dar cuenta” de la fuerza de las pulsiones. Más bien, la psique se constituye en el movimiento de *personalización* del cuerpo que le da un carácter singular, propio y personal. Aunque cada cuerpo está dotado de especificidades que lo hacen único e “irrepetible”, incluso desde el punto de vista genético, sólo habrá de hecho una persona en el cuerpo a medida que éste está siendo personalizado por este movimiento psíquico que acompaña su funcionamiento, confiriéndole a él sentidos experienciales y personales derivados de las relaciones con el entorno. Se trata, por lo tanto, de una psique que no solo elabora el cuerpo, sino que elabora *en y con* el cuerpo la relación de afectación con otros cuerpos.

Aunque tales sentidos no sean expresados siempre y necesariamente por la vía de la simbolización, ellos, sin embargo, constituyen una forma típica de personalización del cuerpo. El mismo Freud ya se había dado cuenta de esto al principio de su discurso psicoanalítico cuando observó que los síntomas histéricos indicaban la existencia de una anatomía imaginaria que no coincidía con la *anatomía de la medicina*: “[...] en su parálisis y en otras manifestaciones, la histeria se comporta como si la anatomía no existiera, o como si no lo supiera” (Freud, 1996b/1893, p. 212). Es una pena que, posteriormente, sus elucubraciones metapsicológicas se apoderasen de tal forma de sus nociones freudianas, que la anatomía imaginaria de la histérica, en lugar de ser considerada como un movimiento creativo de la psique, acabo viéndose reducida a mecanismos de desplazamiento y condensación entre las represiones mentales destinadas a promover el flujo de las tensiones libidinales.

Esto, sin embargo, no nos impide pensar en los procesos de simbolización notablemente presentes en las imágenes histéricas como resultado de la personalización del cuerpo causada por la psique. Como dice Winnicott (1990, p. 116), “en el estudio de la histeria de conversión hay algo por ganar al examinar la mezcla original el bebé hace entre el cuerpo propiamente dicho y los sentimientos e ideas sobre el cuerpo”. Esta “mezcla original” mencionada por el analista inglés es precisamente el proceso de personalización que expresa el movimiento de afectación de lo psicósomático.

En su descripción del desarrollo del sentido de la realidad, Ferenczi (2011a/1913) señaló que uno de los primeros movimientos que hace el niño hacia el reconocimiento de la realidad externa es la producción de equivalencias entre objetos y partes de su cuerpo, así como entre algunas partes de su propio cuerpo. De este modo, ciertas zonas erógenas ahora están representadas por otras regiones somáticas -una asociación que es precisamente la base de las imágenes histéricas. Este proceso, que en la metapsicología freudiana podría interpretarse como un simple intento por parte del niño de escapar de las tensiones que surgen de las zonas erógenas, puede considerarse, a la luz del propio pensamiento de Winnicott y Ferenczi, como una obra de *apropiación creativa del cuerpo* estableciendo equivalencias y posteriormente formando símbolos. En su pensamiento, el cuerpo no es reducible a la condición de un sistema anátomo-fisiológico aislado, sino que es considerado como un campo de circulación de intensidades y un sistema abierto en un régimen permanente de afectación mutua con el medio ambiente. Por esta razón, la psique debe verse como la expresión *de esta misma realidad intensiva y abierta* en forma de producciones imaginativas.

Concebir tales producciones como expresiones psíquicas de la misma realidad vivencial del cuerpo significa decir que ellas brotan espontáneamente, pues son resultantes de la propia interacción entre el individuo y el ambiente (también consideradas en sus dimensiones físicas y psíquicas). Por lo tanto, cuando decimos que la formación de símbolos puede ser considerada como el modo por excelencia de elaboración imaginativa, estamos directamente en desacuerdo con una concepción del símbolo como resultado de la incidencia de un orden trascendente sobre una realidad bruta. En otras palabras, los símbolos, como producciones imaginativas de la psique, no son del orden de la representación, sino de la *expresión*. Así como la improvisación de un violinista durante una actuación musical es una forma de expresar su experiencia afectiva durante esa situación y no una representación de esa experiencia, los símbolos expresan la realidad individual, es decir, no se agregan a esta realidad como representantes de ella. Por lo tanto, no hay separación entre la experiencia sensible y la elaboración imaginativa de esta experiencia.

Para Groddeck, por ejemplo, el hombre es un ser esencialmente expresivo. Todos sus actos y procesos, incluidos los fisiológicos, por muy mecánicos que parezcan, revelan su singularidad. A la luz de Winnicott, podríamos decir que esta dimensión expresiva del ser humano se debe al hecho de que el proceso de elaboración imaginativa tiene lugar desde el comienzo de la vida y nunca cesa. En este sentido, todo lo que el hombre hace podría verse como simbólico en el sentido de que sería una expresión del proceso de elaboración imaginativa que produce un significado basado en los encuentros, composiciones y descomposiciones que el individuo establece con otros seres:

Todos leemos en la cara de nuestro vecino si está triste o feliz, sabemos que su rostro cambia simbólicamente; reconocemos su humor por su forma de caminar, por su postura, por su manera de cantar una melodía. Es posible que no quiera demostrar cómo se siente, pero el inconsciente lo obliga a simbolizar. Así, la mujer que yace en presencia de otro cruza automáticamente sus pies, expresándose simbólicamente e inconscientemente: yo sé lo que me puede pasar ahora; esto también es cierto para el hombre que se yergue cuando quiere verse fuerte [...] (Groddeck, 1992a, p. 94).

En la cita anterior, tenemos algunos ejemplos que resaltan el hecho de que la elaboración imaginativa, que Groddeck concibe como una especie de “pulsión a la simbolización”, hace que el cuerpo no pueda concebirse solo como un organismo, es decir, como un sistema cerrado que funciona únicamente de acuerdo con una lógica homeostática. El cuerpo sería en realidad una dimensión de una realidad que se presenta como elaborada imaginativamente. En este sentido, la enfermedad tampoco puede tomarse como un fenómeno meramente fisiológico. Siempre será un evento expresivo en la medida en que simboliza la experiencia individual que se expresa psicosomáticamente.

Ferenczi también ilustra esta dimensión expresiva del cuerpo, impulsada por su elaboración imaginativa a través de la psique, en los casos que el autor llama “anomalías psicógenas de fonación”. Esta es una condición presentada por algunos pacientes que pueden expresar involuntariamente diferentes tipos de voces según la situación en cuestión. Con respecto a uno de estos pacientes, Ferenczi informa:

No tarde en observar que el paciente solo usaba su voz de barítono cuando estaba serio y objetivamente absorto en su asunto; pero tan pronto como quiso, en la transferencia, mostrarme inconscientemente su atractivo, o complacerme, es decir, cuando el efecto de sus palabras le preocupó más que su contenido, comenzó a hablar con su voz femenina (Ferenczi, 2011b / 1915, p. 201).

Esos casos de naturaleza patológica solo evidencian aquello que sucede todo el tiempo en la experiencia humana tanto en la salud como en la enfermedad: que la voz, así como todos los aspectos relativos a la corporalidad, están elaborados imaginativamente y, por lo tanto, están dotados de significados. Por lo tanto, el cuerpo puede ser considerado como una *plataforma* de expresión, en la medida en que se manifiesta siempre como el objeto de una elaboración imaginativa.

### **El valor heurístico del concepto del Ello.**

De entre los conceptos introducidos por los autores cuyas contribuciones se analizan en este documento, quizás el más relevante heurísticamente para pensar sobre una concepción monista del individuo es el concepto de “Ello”, propuesto por Georg Groddeck. Ferenczi y Winnicott hablan del cuerpo y la psique, a pesar de que piensan en estas dos instancias como dimensiones del individuo y no como partes interactuantes o como dos sustancias separadas. Groddeck, sin embargo, proporciona un nombre para el individuo considerado en su totalidad, sin tener que adoptar el lenguaje dual del cuerpo y la psique. Aunque Winnicott, hasta cierto punto, también permite esto con su noción de “psicosoma”, dicho concepto no tiene el mismo peso y centralidad que el Ello en la obra groddeckiana.

Groddeck introduce la noción de Ello inspirado en Nietzsche, un autor que en el libro *Mas allá del Bien y del Mal* usó el pronombre impersonal alemán Es (Ello) como sustantivo para criticar al *cogito* cartesiano. Para Nietzsche, el Yo no debería ser tomado como el centro de la subjetividad, sino como un *efecto*. En

este sentido, en lugar de “Yo pienso”, se debería decir: “Ello piensa en mí”, es decir, el Yo no debería ser tomado como autónomo (Nietzsche, 2008/1886). Inspirado en el filósofo alemán, Groddeck también realizará una serie de críticas a esa centralidad del Yo, llegando hasta a decir que el yo sería de hecho una *ficción* forjada por la naturaleza con el objetivo de posibilitar la responsabilización y la imputabilidad moral. En este sentido, el Yo sería en esencia una construcción, no pudiendo ser considerado como una agencia de subjetividad. Sus aparentes “elecciones” y deliberaciones serían tan determinadas como el funcionamiento del estómago. Determinado por la naturaleza, por todo, por el conjunto de los procesos naturales.

Esta declaración, sin embargo, llevadas hasta sus últimas consecuencias, haría inviable el análisis y la comprensión de cualquier individuo, ya que, en última instancia, el todo sería responsable de cada cambio en la realidad. Cada fenómeno sería simplemente un eslabón en una cadena de causas prácticamente infinita. Esta es una de las razones por las cuales Groddeck decide hacer de la intuición nietzscheana del Ello un *concepto*. Si el Yo no puede tomarse como el punto de partida en la medida en que él no es causa sino efecto, entonces ¿cuál sería el centro de la subjetividad? El inconsciente freudiano no podría ocupar este lugar en el sentido de que, tal como lo estableció Freud, estaría restringido a una dimensión psíquica y Groddeck, precisamente debido a su experiencia con pacientes con enfermedades orgánicas, no admitía que la subjetividad pudiera estar confinada a la psique. Por esta razón, después de conocer el psicoanálisis, Groddeck llegó a considerar el inconsciente y el Yo como parte de algo más grande que decidió llamar Ello. Aunque sabía que estaba haciendo un corte arbitrario, estableciendo, por ejemplo, que el Ello comenzaría a existir desde la concepción, Groddeck consideraba que este era el concepto más amplio del individuo que podía formular; un concepto que, al mismo tiempo, mientras evitaba la dilución de la individualidad en su conjunto, contemplaba una serie de dimensiones que el concepto tradicional de individuo (restringido al Yo) oscurecía.

Por lo tanto, el Ello puede ser caracterizado como el individuo considerado en su totalidad. Para Groddeck, después de la formulación de este concepto, no tenía sentido hablar de enfermedades orgánicas y enfermedades psíquicas. Todas las enfermedades serían *enfermedades del Ello*, expresiones de un individuo que es tanto cuerpo y psique al mismo tiempo. En este sentido, todas las enfermedades serían efectivamente psicosomáticas porque surgirían de una entidad que es un *psicosoma*, para usar el término winnicottiano. Es importante dejar en claro que Groddeck no está subestimando la utilidad de las distinciones entre los fenómenos corporales y simbólicos. El autor simplemente está diciendo que esta separación debe usarse de manera estrictamente didáctica o con fines puramente metodológicos. Después de todo, el Ello es una unidad y debe abordarse como tal.

En la medida en que pretenda ser una noción más elástica del individuo, el Ello contemplaría tanto los aspectos psíquicos como los somáticos: “[...] El Ello abarca lo consciente y lo inconsciente, el Yo y los impulsos, el cuerpo y el alma, lo fisiológico y lo psicológico. Frente al Ello no hay una frontera que demarque lo físico y lo psíquico. Ambas son manifestaciones del Ello, formas de presentación” (Groddeck, 1992b, p. 118). Así, con la noción de Ello, uno no necesita suponer, como lo hace Freud, la existencia de un proceso de *conversión* de elementos psíquicos en elementos somáticos para explicar los síntomas físicos de un cuadro histérico. Como manifestaciones del Ello, tales síntomas pueden ser físicos y, *al mismo tiempo*, simbólicos. Es decir, una parálisis histérica, por ejemplo, no *representaría* una fantasía inconsciente que se habría *transformado* en un síntoma físico por una operación de convertir elementos psíquicos en inervaciones somáticas. De hecho, la parálisis sería la expresión orgánica concomitante con la fantasía inconsciente que, a su vez, sería la expresión psíquica de un proceso que no es exclusivamente físico ni exclusivamente psíquico, sino ambos al mismo tiempo.

Como es bien sabido, en 1923, con la publicación de *El Yo y el Ello*, Freud (1996c/1923) introdujo en su propio sistema teórico el término “Ello” (Id), pero en un sentido completamente diferente del atribuido originalmente por Groddeck al concepto. El Ello freudiano finalmente terminó siendo reducido a una especie de aparato psíquico original, depósito de pulsiones, pura energía sin estructura, de la que emerge el Yo, por influencia de las experiencias de contacto con el cuerpo y el mundo externo, y el superyó, como un precipitado de las investiduras objetales del Ello. El propio Groddeck se dio cuenta de que Freud había pervertido el significado original de su concepto:

En su libro, *El Yo y el Ello (Das Ich und das Es)*, Freud me dio el honor de señalarme como la primera persona en usar la expresión “el Ello” (*das Es*) y afirmar que lo tomó de ahí. Es cierto, más solo que el concepto de ‘Ello’ tal como yo lo usé para mis propósitos, no le sirvió a Freud y, en consecuencia, lo transformó en algo diferente a como yo lo concebí [...]. Pero con eso no cambió nada esencial en el psicoanálisis, ni agregó ni eliminó. Seguía siendo lo que era, el análisis de la conciencia y la represión, en resumen: de la psique (Groddeck, 1992c, p. 161).

De hecho, como señala Groddeck, el concepto de Ello en la obra freudiana no ha revolucionado de ninguna manera la práctica del psicoanálisis o la propia concepción de Freud de la relación entre el cuerpo y la psique. Lo que sucedió fue un cambio solo en el ámbito de la metapsicología: de un aparato psíquico dividido tópicamente en consciente, preconsciente e inconsciente, éste se convirtió en un aparato psíquico dividido en Ello, Yo y Superyó. Así, mientras el Ello groddeckiano contemplaría al individuo en su totalidad, el freudiano consistiría tan solo en la máquina psíquica en su estado original, es decir, un depósito pulsional puro y sin forma derivado del cuerpo. En *Esquema del psicoanálisis*, uno de sus últimos textos, Freud describe expresamente esta concepción reductora del Ello: “A la más antigua de estas localizaciones o áreas de acción psíquica le damos el nombre de Ello. Él contiene todo lo que es heredado, que se basa en la constitución, sobre todo, por lo tanto, los instintos, que se originan en la organización somática [...]” (Freud, 1996d/1940, p. 158, subrayado del autor). Groddeck (1992d, p. 174), a su vez, utiliza el concepto del Ello para describir “la totalidad de los procesos vivos en cada ser humano individual, a partir de la concepción”. Es esta noción de Ello, lo que le permite al médico alemán no caer en las trampas del psicologismo. De hecho, si Groddeck hubiera reducido el Ello al ámbito psíquico, eso significaría decir que todas las enfermedades, en la medida que son manifestaciones del Ello, serían psicogénicas y, por lo tanto, siempre tendrían que ser tratarse con psicoterapia. Sin embargo, como realmente el Ello contempla “la totalidad de lo que está vivo en un ser humano individual” (Groddeck, 1992d, p. 174), la decisión sobre el tipo de tratamiento a emplear para abordar una enfermedad variará en función de cada caso. Si el individuo no se reduce a un cuerpo o psique, sino que se toma como un Ello complejo y multifacético, cualquier método de tratamiento incidir sobre este Ello en todas sus dimensiones: “En el fondo, soy de la opinión de que el punto de la intervención del tratamiento psíquico y orgánico es el mismo, es el Ello del ser humano, y es ese Ello quien tiene la capacidad de hacer un uso psíquico de una laparotomía o una dosis de digitalina, o un uso físico a través de la sugestión o de la influencia del análisis” (Groddeck, 1992e, p. 169).

Lo que Groddeck está señalando es que cualquier forma de tratamiento, dirigido a Ello y no a la psique o al cuerpo tomado aisladamente, siempre será experimentado *psicosomáticamente*, de modo que las alteraciones de orden físico pueden seguir métodos psicoterapéuticos, tanto como las alteraciones psíquicas pueden producirse en función de la aplicación de medios considerados físicos, como la cirugía y el uso de medicamentos. Con eso no se está sugiriendo que algo físico cause alteraciones psíquicas ni viceversa. En la medida en que el Ello es una totalidad psicosomática, cualquier procedimiento, ya sea “físico” o “psíquico”, lo afectará psicosomáticamente, de modo que se producirán concomitantes cambios orgánicos y psíquicos. Esta consideración muestra que el uso del concepto del Ello en sustitución de las nociones de organismo y psique posibilita una mayor libertad en la mirada y abordaje de la enfermedad. La enfermedad ya no tiene que ser vista como un fenómeno estrictamente orgánico o psíquico. Entender la patología como una expresión de la “totalidad de los procesos vivos en cada ser humano individual” nos permite reflexionar nuestra mirada para contemplar la variedad de estos procesos y no solo los que pertenecen a una u otra de esas dimensiones. Del mismo modo, el enfoque terapéutico también se vuelve mucho más flexible, ya que puede confiar tanto en los elementos tradicionales de la medicina somática como en los métodos psicoterapéuticos. Lo importante sería lograr los objetivos del tratamiento que, desde el punto de vista de Groddeck, pueden sintetizarse en un esfuerzo por “convencer” al Ello de que se expresa mejor en el lenguaje de la salud que en el lenguaje de la enfermedad.

La afirmación de que una enfermedad en particular es psíquica o somática siempre presupone un enfoque reduccionista previo, ya que implica la consideración de solo elementos psíquicos o somáticos. Por lo tanto, a cada afirmación de esa naturaleza, se le escamotea una porción significativa de la realidad. Por eso, si en vez de hablar de organismo y psique, se hablara de Ello, el corte inevitable de la realidad al abordar

una enfermedad se volvería menos reductor puesto que contemplaría más factores. De hecho, la reducción es inevitable ya que la enfermedad, como cualquier fenómeno, sólo puede circunscribirse y separarse del contexto del cual emerge de forma arbitraria. Uno podría preguntarse, por ejemplo, ¿cuáles son los límites espaciales de una tuberculosis? O: ¿en qué regiones del cuerpo ella está y en cuál no está? ¿Existen criterios absolutos para definir cuándo una patología como esa comienza y cuándo termina? Es obvio que la medicina moderna adopta parámetros para definir qué es y qué no es una tuberculosis, así como el curso y la duración de la enfermedad. Sin embargo, siempre es una *reducción* que, para funcionar, necesita aislar la enfermedad del paciente y considerarla como un fenómeno independiente. Ahora, si este procedimiento es útil en muchos casos, no lo es en todos los casos, porque el curso de la enfermedad no siempre estará de acuerdo con los manuales médicos. Después de todo, el cuerpo que experimenta la enfermedad es un cuerpo imaginativamente elaborado, un cuerpo singular en permanente afectación con otros cuerpos. Por esta razón, el concepto de organismo es insuficiente para abordar este cuerpo. Por otro lado, esto no significa que, en vista de las limitaciones del enfoque organicista, la psique deba ser convocada como una especie de salvavidas para explicar el desarrollo “atípico” de la enfermedad. No se trata de considerar la patología como una especie de “trasfondo emocional”. Se trata, de hecho, de considerar al paciente como una realidad compleja, psíquica, somática, relacional y social, como un Ello que siempre está más allá de cualquier corte.

Por lo tanto, el concepto de Ello nos permite romper con la separación entre las enfermedades orgánicas para las cuales se busca un sustrato anátomo-fisiológico y las enfermedades psicósomáticas, para las cuales se debe encontrar una razón “emocional”. Si la enfermedad se toma no como producción somática o como producción psíquica, sino como una expresión del Ello, la existencia de causas de orden biológicas no es incompatible con la existencia de razones de orden psíquicas. Como manifestación del Ello, la enfermedad pasa a ser vista como un fenómeno complejo, simultáneamente somático y psíquico, y que se constituye como una expresión de las relaciones del individuo con el medio ambiente.

### **Una perspectiva relacional de la enfermedad.**

Sobre la base de esta concepción del individuo como un Ello psicósomático, se hace posible comprender la ausencia de simbolizaciones, fantasías y otras producciones similares en el discurso del paciente, no como evidencia de una insuficiencia del funcionamiento mental, sino como una indicación de que el *individuo como un todo está enfermo*, de modo que la falta de esas producciones podría ser considerarse solo como un de los aspectos de la enfermedad, pero no la causa de ella. En otras palabras, la ausencia de las producciones llamadas fantasmáticas no podría tomarse como una causa de enfermedad, sino como *parte de ella*. La enfermedad que sufre el paciente no solo estaría constituida por síntomas físicos, sino por el conjunto de *manifestaciones* que presenta, que podrían incluir la ausencia de producciones fantasmáticas.

Las causas de la enfermedad en sus dimensiones físicas y somáticas deben buscarse en la relación del individuo con el mundo, lo que implica considerar todas las manifestaciones físicas y psíquicas presentes en el marco de la enfermedad, así como las diferentes expresiones de esas relaciones. Este punto de vista *relacional* sobre los procesos de enfermedad en el campo psicoanalítico es otro punto en común entre las concepciones de Ferenczi, Groddeck y Winnicott.

De hecho, las innovaciones técnicas que Ferenczi formuló para el tratamiento psicoanalítico se basan precisamente en una perspectiva que considera la enfermedad psíquica no solo como resultado de la acción de los mecanismos de defensa contra las mociones pulsionales, sino principalmente como una respuesta a un ambiente traumático.

La Escuela de Psicósomática de París, si bien identifica el trauma como la fuente de los llamados procesos de somatización, termina relativizando la importancia del factor ambiental, ya que considera que la condición esencial para el advenimiento de una enfermedad orgánica es la insuficiencia del funcionamiento mental. Por lo tanto, para los autores de esta escuela, el trauma tiene un efecto disruptivo solo si la psique no está suficientemente armada con representaciones y mecanismos de defensa. A diferencia de esta perspectiva, Ferenczi argumenta que el elemento traumático afecta al individuo en su totalidad, especialmente en los primeros años de vida, cuando la dependencia del niño en el medio ambiente es mucho mayor. En el artículo “El niño mal acogido y su impulso de muerte”, el analista húngaro describe lo que le puede suceder, por



ejemplo, a un bebé traumatizado por la falta de un entorno adecuado: “Solo quería indicar la probabilidad de que los niños acogidos con rudeza y sin cariño, mueren fácil y voluntariamente. O utilizan uno de los muchos medios orgánicos para desaparecer rápidamente o, si escapan de este destino, conservarán cierto pesimismo y aversión a la vida” (Ferenczi, 2011c/1929, p. 58).

Este pasaje nos permite comprender claramente que, desde el punto de vista de Ferenczi, el individuo reacciona *completamente* al trauma, utilizando para ello medios psíquicos y orgánicos. En un pasaje anterior del texto, Ferenczi cita otros ejemplos de síntomas que percibe como derivaciones del trauma infantil producido por la mala adaptación del niño: pesimismo moral y filosófico, desconfianza, dificultad para mantener un esfuerzo prolongado, frigidez, impotencia, disposición inusual a los resfriados, baja la temperatura nocturna, entre otros.

Del texto se puede apreciar, que Ferenczi no establece una diferenciación de *naturaleza* entre los síntomas psíquicos y los síntomas físicos. Para el autor, todos ellos son expresiones de la relación del individuo con un ambiente que no lo acogió cuando era un bebé. En otras palabras, lo que le importa al analista húngaro en estas situaciones no es la presencia más prominente de síntomas psíquicos en un caso y síntomas físicos en otro, sino más bien el factor traumático detrás de todos ellos. De hecho, la consideración de la incidencia del medio ambiente en la etiología de la enfermedad conducirá a una concepción del tratamiento basada mucho más en la relación entre el paciente y el analista que en la investigación de los elementos intrapsíquicos:

Según mis intentos de “elasticidad” de la técnica analítica, reportada en otro artículo, en estos casos de disminución del placer de vivir, me encontré gradualmente obligado a *reducir cada vez más las exigencias sobre la capacidad de trabajo de los pacientes*. Finalmente, impuse una situación que solo puede ser descrita así: se debería dejar, durante algún tiempo, que el paciente actúe como un niño [...] (Ferenczi, 2011c/1929, p. 59, énfasis nuestro)

Cabe señalar que cuando Ferenczi habla de “reducir cada vez más las exigencias sobre la capacidad de trabajo de los pacientes”, esto no significa que el autor esté diciendo que dichos pacientes no son capaces de elaborar simbólicamente los contenidos bajo análisis. Ferenczi está llamando la atención de la comunidad analítica sobre la *dimensión relacional de lo que sucede en el análisis*. En efecto, el tipo de trabajo que el analista propone para aquellos pacientes, se puede configurar como la reproducción del ambiente intrusivo y no acogedor como el que vivieron en la infancia. Por esta razón, sería conveniente modificar ligeramente la estructura del tratamiento para permitir que el paciente experimente un entorno que, en contraste con el experimentado en los primeros años de vida, sea lo suficientemente cálido como para que se sienta lo más libre posible. Por lo tanto, para Ferenczi, se debería crear una atmósfera de *laissez-faire* porque ciertos pacientes no serían capaces de soportar el peso del *setting* analítico tradicional sin enfermarse y no porque tendrían una psique insuficiente.

Es claro, por lo tanto, que Ferenczi no está interesado en distinguir entre síntomas físicos y síntomas psíquicos, sino en comprender cómo se estableció la relación entre el individuo y el mundo, del cual los síntomas son una expresión. Para el autor, no es una buena mentalización la que protege el cuerpo, evitando la aparición de una enfermedad orgánica. Esta ‘protección’, que no solo sería del cuerpo, sino también del cuerpo y la psique considerados como una unidad, estaría vinculada precisamente a la relación con el medio ambiente: “La ‘fuerza vital’ que resiste las dificultades de la vida no es, en consecuencia, muy fuerte en el nacimiento; ella parece reforzarse solo después de la *inmunización progresiva contra los ataques físicos y mentales*, a través de un tratamiento y una educación conducida con tacto” (Ferenczi, 2011c/1929, p. 59, énfasis agregado).

Winnicott, al igual que Ferenczi, también enfatizó la dimensión relacional como la matriz de la experiencia individual. Para el analista inglés, cada ser humano está dotado de una tendencia innata hacia la integración que podríamos relacionar con la “fuerza vital” de Ferenczi. De hecho, esta tendencia innata es una especie de inclinación del ser hacia un desarrollo saludable que, al comienzo de la vida, significa el cumplimiento de las tareas básicas de la existencia. De hecho, así como la “fuerza vital” de Ferenczi necesita ser fortalecida por un ambiente acogedor, la tendencia innata hacia la integración de Winnicott también

necesita una contraparte ambiental suficientemente buena. Por lo tanto, el bebé solo puede desarrollarse *psicosomáticamente* de una manera saludable en la medida en que pueda contar con un entorno que facilite la acción de los procesos de maduración natural. Esto significa que comprender las formas de enfermedad de Winnicott implica inevitablemente la consideración de la relación del individuo con el medio ambiente, y no solo en las primeras etapas de desarrollo, sino a lo largo de la vida.

En el artículo “Dependencia en el cuidado del lactante, en el cuidado infantil y en la situación psicoanalítica”, Winnicott (1983/1963) enfatiza la necesidad de tener en cuenta el factor ambiental no sólo para comprender las formas de enfermedad mental que están directamente relacionadas con los fracasos en la atención temprana, sino también para discernir la importancia de la persona del analista en el *setting*. Este texto nos es particularmente conveniente, porque al analizar el peso del factor ambiental y el lugar de la relación de dependencia en la situación analítica, Winnicott recurre al caso de una paciente que desarrolló síntomas físicos como una expresión de dependencia en relación a él. Se trataba de una mujer joven que el analista inglés comenzó a atender con mayor frecuencia precisamente en la víspera de hacer un viaje al extranjero. En respuesta a la proximidad de esta separación temporal, el paciente tuvo sueños que indicaban una fuerte dependencia emocional y tendencias suicidas. El análisis mostró que la partida de Winnicott estaba siendo experimentada por la paciente como la repetición de uno o más episodios traumáticos que habría experimentado cuando era bebé. Esta reconstrucción del trauma habría revivido un deseo de muerte experimentado por el paciente temprano en la vida como defensa contra las amenazas de aniquilación:

Al suicidarse, ella obtendría el control sobre ser aniquilada en el momento de ser dependiente y vulnerable. En su cuerpo y en su cuerpo sano, con sus tremendos impulsos de vivir, había llevado el recuerdo de haber tenido un tremendo deseo de morir toda su vida; y ahora la enfermedad física aparecía como una localización en un órgano del cuerpo de este tremendo deseo de morir (Winnicott, 1983/1963, p. 226).

Winnicott muestra en este pasaje que la enfermedad física presentada por la paciente era una expresión de su “tremendo deseo de morir” que en ella se había ocultado hasta la reconstitución del trauma en la situación analítica. Sin embargo, a diferencia de lo que supone la Escuela de Psicosomática de París, este paciente no tenía una “falta fantasmática” o “pensamiento operativo”. Por el contrario, sus sueños daban fe de una rica producción psíquica y, según la descripción de Winnicott, no parecía tener ninguna dificultad para enfrentar simbólicamente lo que sucedió dentro y fuera de la situación analítica.

Al igual que Ferenczi, el analista inglés no aborda la aparición del síntoma somático con alarma, ya que su mirada no está orientada a la enfermedad sino a la paciente y su relación de dependencia. Por lo tanto, Winnicott no ubica la presencia de una enfermedad orgánica al lado de los fenómenos psíquicos simbólicos como los sueños. Para el analista inglés, el cuerpo es un medio de expresión individual, así como lo es la psique, de modo que la enfermedad física no es considerada por él como una implosión de excitaciones no trabajadas, sino como una expresión somática de una realidad que también se manifiesta por la vía psíquica.

También en Groddeck encontramos un énfasis hacia el aspecto relacional de la enfermedad. Para el autor, la enfermedad siempre debe entenderse como un *mensaje*, lo que no significa la suposición de una determinación psicológica sobre las afecciones del cuerpo. Con el concepto de “Ello”, Groddeck consigue formular una concepción del individuo en el que el cuerpo y la psique se toman como aspectos y no como partes, lo que permite evitar la suposición de una relación causal entre ellos al mismo tiempo en que se admite que ambos actúan en un régimen de concomitancia: “[...] la enfermedad orgánica, que es al mismo tiempo psíquica, nos revela algo sobre el Ello y su inconsciente con la misma claridad que las enfermedades psíquicas, que concomitantemente son físicas” (Groddeck, 1992b, pp. 118-119). Por lo tanto, cuando Groddeck propone mirar la enfermedad como un mensaje, él no está queriendo decir con eso que toda patología física sea la expresión de un contenido psíquico. En la medida en que el Ello no es ni físico ni psíquico, sino ambos al mismo tiempo, los mensajes que el Ello transmite también son psicosomáticos.

En este sentido, la enfermedad es un mensaje que se expresa igualmente en la dimensión psíquica (a menudo inconscientemente) y en la dimensión física.

Por lo tanto, para Groddeck, la enfermedad puede considerarse como un *medio inconsciente de comunicación*. Sin embargo, la comunicación presupone la presencia de un interlocutor o, por lo menos de una audiencia. En este sentido, es posible decir que, desde el punto de vista groddeckiano, la enfermedad es *una forma de establecer relaciones con los demás*, especialmente por la vía de la demanda. Se trata, embargo, de un estado de excepción. Groddeck señala que la enfermedad no es la forma más espontánea de expresión y comunicación del Ello, que solo recurre a ella cuando las vías saludables se bloquean:

La enfermedad es una forma de expresión del Ello: si los gestos, las palabras, los pensamientos, las acciones, mecanismos fisiológicos como la respiración, el pulso, el sueño, la digestión o la evacuación no son suficientes para manifestar claramente ciertos procesos internos del Ello individual de cada ser humano, el recurre al medio ambiente, eligiendo allí algún elemento que sirva para enfermarlo y así expresarse, con la ayuda de manifestaciones patológicas, que no pueden expresarse de manera normal (Groddeck, 1992f, p. 103).

Este es otro punto de convergencia entre las concepciones de enfermedad de Groddeck y Winnicott. De hecho, en la ilustración clínica presentada por Winnicott, la paciente había recurrido a la patología física como una forma de expresar su reacción a la separación temporal del analista y los fuertes sentimientos que surgieron de esta reacción y que no pudieron ser soportados conscientemente. Por lo tanto, también para Winnicott, la enfermedad es considerada como un recurso excepcional que el individuo utiliza inconscientemente para expresar lo que no se puede manifestar de manera más saludable.

### **Una nueva matriz teórica**

Se constata que ninguno de los tres autores ha seguido el camino de la ortodoxia en el psicoanálisis. Aunque ellos hacen uso del marco conceptual formulado por Freud, ninguno de ellos se ha mantenido fiel a las premisas ontológicas y epistemológicas que subyacen al pensamiento freudiano y que también subyacen a la matriz teórica de la Escuela de Psicósomática de París. De hecho, ninguno de los tres autores analizados concibe la enfermedad somática como una manifestación derivada de fallas en los procesos de representación. Y esto ocurre precisamente porque en las obras de Ferenczi, Groddeck y Winnicott, el cuerpo no aparece reducido a un organismo que genera excitaciones que necesitan ser drenadas y elaboradas por un aparato psíquico que genera representaciones.

Se observa que tanto en el pensamiento de Groddeck, con su potente concepto del Ello, así como en Ferenczi y Winnicott, el individuo es concebido como una *realidad integral* que posee cuerpo y psique como dos de sus dimensiones. Esta realidad, aunque este dotada de individualidad y pueda distinguirse de otras realidades individuales, se considera como un *sistema abierto* en relación permanente con el mundo-ambiente. Esta premisa permite a los autores considerar todas las vicisitudes de esa *realidad integral individual* (llamada por Winnicott, psicósoma y por Groddeck, Ello) como resultado de la interacción entre dicha realidad y el mundo-ambiente.

En esta realidad integral, el cuerpo se presenta como una dimensión tangible, sensible, intensiva y plástica, dotada de una *lógica afectiva*, resultante de las intensas relaciones con el mundo-ambiente. La psique, a su vez, se toma como un movimiento ininterrumpido de elaboración imaginativa de la experiencia corporal. Esta concepción de la psique aparece más explícitamente en el trabajo de Winnicott, pero como se ha demostrado también en los pensamientos de Ferenczi y Groddeck, es posible encontrar rastros de ella.

En la medida en que esta distinción entre psique y cuerpo no se refiere a una división, sino a una *dualidad* de aspectos, esto significa que, para los tres autores, la realidad integral individual es un *cuerpo-imaginativamente-elaborado*. Por lo tanto, se trata para ellos, de un cuerpo expresivo que manifiesta sus modulaciones afectivas por medio de diversas producciones tanto saludables como patológicas. Por esta razón, para Ferenczi, Groddeck y Winnicott, cada enfermedad puede abordarse desde un punto de vista simbólico, el cual expresa la lógica afectiva del cuerpo.

La elaboración imaginativa del cuerpo que constituye la dimensión psíquica se concibe, en términos de Winnicott, como un proceso de *personalización* de dimensión corpórea, es decir, como un movimiento que le da sentido a ella por medio de producciones fantasmáticas, término que aquí debe ser entendido en su connotación espontánea y creativa. Por lo tanto, el cuerpo que está enfermo no es solo un organismo que padece ciertos mecanismos fisiológicos, sino un cuerpo personalizado, dotado de sentido, lo que implica considerar la enfermedad como una expresión *también dotada de significado*.

Más allá de esto, en la medida en que el paciente es una realidad integral constituida como un sistema de relaciones como un todo, la enfermedad será vista por los tres autores no solo como la expresión del paciente en cuanto un cuerpo-imaginativamente-elaborado, sino como una expresión de sus relaciones con el mundo-ambiente. Por esta razón, la comprensión de todas las formas de enfermedad implicaría considerar la interacción del individuo con su entorno no solo en la actualidad, sino también a lo largo de su historia y, especialmente, en su infancia. Después de todo, al igual que el modo de caminar y de comunicarse, el enfermarse sería el resultado de esa historia de relaciones en las cual están presentes buenos y malos encuentros.

### **Consideraciones finales.**

Esta resumida caracterización de los principales puntos de convergencia entre los pensamientos de Ferenczi, Groddeck y Winnicott demuestra que los resultados de este estudio pueden proporcionar relevantes contribuciones para la construcción y realización de una diferente visión sobre la salud y la enfermedad. De hecho, en la medida en que presenta una concepción no dicotómica de las relaciones entre el cuerpo y la psique, y una visión del individuo como un sistema complejo abierto a las relaciones con el entorno, la matriz de comprensión de la enfermedad somática presente en las concepciones de Ferenczi, Groddeck y Winnicott cumple adecuadamente con las reivindicaciones contemporáneas por una visión integral y compleja sobre el proceso de salud-enfermedad. De hecho, actualmente se demanda un nuevo modelo de atención en salud, distinto de la racionalidad biomédica. Un modelo que privilegie un enfoque terapéutico integrado y una visión más compleja de la enfermedad que realmente reconoce la imbricación entre registros biológicos, psicológicos y sociales (Santos, 2013).

En el campo psicoanalítico, los resultados de esta investigación son doblemente relevantes. Por un lado, representan una redención de las contribuciones de dos autores cuyas concepciones aún se han valorado tímidamente, especialmente en Brasil, a saber: Ferenczi y Groddeck -esto, por cierto, es desconocido para gran parte de la comunidad psicoanalítica. Por otro lado, los resultados de este estudio contribuyen a una mirada renovada a la enfermedad somática en el psicoanálisis y a un cuestionamiento de la hegemonía conquistada por el modelo teórico de la Escuela de Psicósomática de París.

Debido a las limitaciones de espacio del presente trabajo, no fue posible abordar con mayor detalle todos los puntos de convergencia entre los pensamientos de Ferenczi, Groddeck y Winnicott con respecto al cuerpo, la psique y las enfermedades orgánicas. No obstante, los puntos enumerados en este artículo nos permiten vislumbrar los fundamentos de un enfoque modelo para la enfermedad somática en el psicoanálisis que difiere de la matriz teórica de la Escuela de Psicósomática de París.

### **REFERENCIAS**

- Aisenstein, M. (2006). The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris psychosomatic school. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(3), 667-680. <https://doi.org/10.1516/0VBX-1HGY-T86R-P5CB>
- Aisenstein, M. (2010). The mysterious leap of the somatic into the psyche. In: M. Aisenstein, & E. R. Aisemberg, *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp. 47-62, S. Jaron, trad.). London: Karnac, 2010
- Ferenczi, S. (2011c). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (pp. 55-60). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1929).
- Ferenczi, S. (2011b). Anomalias psicogênicas da fonação. In: S. Ferenczi, *Psicanálise II* (pp. 199-203). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1915).

- Ferenczi, S. (2011a). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: S. Ferenczi, *Psicanálise II* (pp. 45-61). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996b). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 1. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1893).
- Freud, S. (1996a). Os instintos e suas vicissitudes. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 14. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996c). O ego e o id. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 19. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996d). Esboço de psicanálise. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 23. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1940).
- Fulgêncio, L. (2003). As especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza humana*, 5(1), 129-173.
- Groddeck, G. (1992a). A pulsão à simbolização. In: G. Groddeck, *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* (pp. 83-95). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992b). O isso e a psicanálise, além de considerações gerais sobre os congressos científicos de outrora, bem como da atualidade. In: G. Groddeck, *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* (pp. 113-123). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992c). O trabalho do sonho e do sintoma orgânico. In: G. Groddeck, *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* (pp. 159-166). São Paulo, SP: Perspectiva. Era b
- Groddeck, G. (1992f). Sobre a resistência e a transferência. In: G. Groddeck, *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* (pp. 103-106). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992e). Sobre o tratamento psíquico da formação de cálculos renais. In: G. Groddeck, *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* (pp. 167-171). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992d). Sobre os princípios da psicoterapia. In: G. Groddeck, *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática* (pp. 173-181). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27(esp.), 345-356.
- Nietzsche, F. (2008). *Além do bem e do mal: Prelúdio a uma filosofia do futuro*. Porto Alegre, RS: L&PM. (Original publicado em 1886).
- Santos, L. N. (2013). *A doença como manifestação da vida: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde*. Curitiba, PR: Appris.
- Winnicott, W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: D. W.
- Winnicott, O ambiente e os processos de maturação (pp. 225-233). Porto Alegre, RS: Artmed. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. Lucas Napoli dos Santos

**Publicado en:** *Psicologia: Ciência e Profissão*, V. 39, e182306, pp. 1-14, Epub June 27, Brasília, 2019.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003182306>

**Versión electrónica:**

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100116](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100116)

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter 12-ex-66*

**NOTAS:**

1.- Lucas Nápoli dos Santos. Psicólogo Doctor en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Río de Janeiro. RJ. Brasil Profesor del Colegio Pitágoras del Gobernador Valadares. Psicólogo de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares. MG Brasil. mail: **lucsnapolipsicanalista@gmail.com.**

2.- Carlos Augusto Peixoto Junior. Psicoanalista Doctor en Salud Colectiva por el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Rio de Janeiro. RJ. Brasil Profesor del Departamento de Psicología y del Programa de Posgrado en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Rio de Janeiro. RJ. Brasil. mail: **cpeixotojr@terra.com.br**