

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Trabajo Final Integrador

Análisis de sintomatología y tratamiento analítico de una paciente
psicosomática, desde el concepto de *transferencia* propuesto por la Teoría
Psicoanalítica.

Autor: Marina Haefliger

Tutor: Marcos Mustar

Índice

Índice.....	2
1. Introducción	3
2. Objetivos	5
2.1 Objetivo General.....	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. Perspectiva Teórica	6
3.1 La enfermedad psicosomática.....	6
3.1.1 Conceptualización	6
3.1.2 El enfermo psicosomático cardiológico.....	9
3.2 Transferencia	12
3.3 Contratransferencia.....	16
3.4 Clínica psicoanalítica en pacientes psicosomáticos - Instalación del tratamiento.....	19
3.4.1 Demanda de análisis.....	19
3.4.2 Resistencia al análisis.....	22
4. Metodología	25
4.1 Tipo de estudio:	25
4.2 Participante:.....	25
4.3 Instrumentos:	25
4.4 Procedimiento de recolección de datos	26
5. Desarrollo	27
5.1 Conceptualización del caso.....	27
5.1.1 Datos sobre la paciente:	27
5.1.2 Datos sobre la psicóloga:.....	29
5.2 Describir los síntomas psicosomáticos presentados por esta paciente.	29
5.3 Describir las características del campo transferencial - contratransferencial establecido en el dispositivo psicoanalítico	33
5.4 Analizar la posición de la paciente en relación a la demanda de análisis y sus resistencias	37
6. Conclusiones	42
7. Referencias Bibliográficas:.....	46

1. Introducción

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una Institución especializada en la asistencia, investigación y formación de profesionales en enfermedades psicosomáticas, ubicada en la Ciudad Autónoma Buenos Aires.

Esta Institución basa sus actividades en la clínica hospitalaria tanto en el Servicio de Psicodermatología de un Hospital Público ubicado en la Capital Federal, para el tratamiento de enfermedades como psoriasis, alopecia, vitiligo y dermatitis, como en el Servicio de Cardiología de un Hospital Público localizado en la Pcia. de Bs. As., brindando asistencia y tratamiento a pacientes con afecciones cardíacas, en el marco de un programa de Prevención Cardiovascular.

Asimismo cuenta con el servicio de Red Asistencial, ofreciendo a la comunidad atención psicoterapéutica en orientación vocacional ocupacional y adolescencia; violencia familiar y de género, climaterio y terapia de grupo.

En lo que respecta a la formación, la Institución ofrece Seminarios y talleres dictados por los mismos profesionales quienes presentan el análisis de casos tanto de Hospital como de Red Asistencial, junto con sus respectivos supervisores.

La Práctica constó de 280 horas distribuidas a lo largo del segundo cuatrimestre. Entre las diversas actividades que se realizan en la Institución, se concurrió a un curso de enfermedades psicosomáticas dictado semanalmente, se participó de espacios de supervisión de casos tanto de la red asistencial como del servicio de psicodermatología y psicocardiología tratados en ambos Hospitales, y asimismo fue posible presenciar entrevistas de admisión en uno de los Hospitales Públicos con los que trabaja la Institución.

Más allá de que las enfermedades psicosomáticas pueden ser definidas y estudiadas desde diversos marcos teóricos, el presente trabajo se concentró específicamente en la descripción desde una lectura psicoanalítica de la estructura psíquica del enfermo psicosomático y su abordaje en

Psicoanálisis, tomando como eje central los conceptos de transferencia y contratransferencia.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar el caso de una paciente con sintomatología psicósomática cardíaca y la transferencia establecida en el dispositivo psicoanalítico, dentro del marco Psicoanalítico.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Describir los síntomas psicósomáticos presentados por esta paciente.

2.2.2 Describir las características del campo transferencial - contratransferencial establecido en el dispositivo psicoanalítico en el caso particular de la paciente

2.2.3 Analizar la posición de la paciente en relación a la demanda de análisis y sus resistencias.

3. Perspectiva Teórica

3.1 La enfermedad psicosomática

3.1.1 Conceptualización

Si bien Freud no trató específicamente la problemática de las enfermedades psicosomáticas como es entendida en la actualidad, la misma podría ser ubicada dentro del concepto de neurosis actuales (Aisemberg et al., 2012).

Este término fue introducido por Freud en el año 1898, a pesar de que ya había sido elaborado en previas investigaciones. La diferenciación con las psiconeurosis es principalmente de tipo etiológico y patogenético. La fuente de excitación, el factor desencadenante del trastorno se halla en la esfera somática, mientras que en la histeria o en las neurosis obsesivas se encuentra en la esfera psíquica (Laplanche & Pontalis, 2001).

En este tipo de estructura psíquica, el mecanismo de formación de síntomas sería somático y no simbólico. El término *actual* se relaciona con la ausencia de la mediación simbólica o fantasmática en la formación de los síntomas, a diferencia de las estructuras psiconeuróticas, donde se presentan desplazamiento o condensación (Laplanche & Pontalis, 2001). Para Freud, las neurosis actuales eran el producto de una tensión cotidiana real frente al bloqueo de la satisfacción libidinal. Hoy se hablaría de un bloqueo de los impulsos agresivos ante tensiones ambientales (McDougal, 1993).

Se trata de una cantidad de excitación somática acumulada de origen sexual que no se ha tramitado psíquicamente o resulta de un déficit de procesamiento psíquico (Aisemberg et al., 2012). De este modo, una cantidad de excitación somática no se ha podido transformar en pulsión, aún no tiene registro psíquico y hace cortocircuito hacia el soma (Aisemberg, 2008).

Sobre este punto, es dable puntualizar el concepto freudiano de *pulsión*, ubicándolo entre lo anímico y lo somático, un representante psíquico de los estímulos provenientes del interior del cuerpo (Romero, 2011).

En los pacientes con trastornos somáticos puede convivir el funcionamiento psiconeurótico y el no neurótico. El primero se construye a partir de la huella mnémica de la experiencia de satisfacción, mientras que el no neurótico deviene de huellas sensoriales dejadas por la experiencia de dolor y no transformadas en tejido psíquico, sin posibilidad de ligadura. De esta manera, el fenómeno psicósomático es entendido como una puesta en escena de la investidura de dichas huellas sensoriales que no han sido tramitadas, implicando en la clínica realizar construcciones que permitan su transformación en tejido psíquico (Aisemberg, 2008).

La hipótesis básica de la Escuela Psicósomática de París, entre cuyas figuras más importantes se encuentran Fain, M'Uzan y Marty, es que en este tipo de pacientes habría un déficit en la estructura del funcionamiento del aparato psíquico a raíz de una representación deficiente y una disminución en la respuesta afectiva, dando como resultado que ciertos conflictos no sean elaborados mentalmente (Chevnik, 1981; McDougall, 1993). En la actualidad, McDougall y Liberman se ubican entre los autores que más han contribuido al estudio de las características del funcionamiento psíquico del enfermo psicósomático (Fossa Arcila, 2012).

En cuanto al aporte de McDougall (1996), el mismo se refiere a la adquisición de la identidad subjetiva, como el resultado de una mediación entre el deseo primitivo de retornar al estado de fusión del bebé con la madre-universo y la individuación, lo que denomina deseo de no-deseo. Esta separación y diferenciación no es vivida por todos como logros psíquicos, sino, por el contrario, temida como una realidad que disminuya o vacíe al sujeto. Esta lucha contra la división primordial bebé - madre-universo puede dar lugar a la construcción de estructuras tales como división psiquis – soma, como en el caso del enfermo psicósomático. En palabras de la autora, las creaciones psicósomáticas son las menos apropiadas para el deseo general de vivir (McDougall, 1993).

En la enfermedad psicósomática el cuerpo “piensa” por su cuenta, a diferencia de en una histeria, donde el síntoma se manifiesta por una disfunción corporal cuando una de las partes del cuerpo se convierte en soporte de un significado simbólico inconsciente (McDougall, 1989). Los síntomas ya no son símbolos, sino signos, regidos por las leyes somáticas y

no psíquicas. En otras palabras, los signos pueden ser portadores de mensajes, pero no simbolizan al cuerpo. Este sólo se vuelve simbólico cuando está ocupando el lugar de algo reprimido. Estos signos corporales se presentan ligados a la estructura de personalidad del paciente, sus circunstancias de vida, su historia, en conexión con situaciones de estrés previas, tanto internas como del ambiente, siendo el paciente psicósomático rara vez consciente de la conexión entre su patología somática y dichas tensiones (McDougall, 1993).

Sobre este tema, Guir (1984) distingue el fenómeno psicósomático del síntoma de conversión histérica a través de dos rasgos. Por un lado el fenómeno psicósomático implica una lesión cuya reversibilidad no es inmediata, mientras que en la conversión histérica puede ser corregida con una interpretación. Por otro lado, en estos fenómenos hay ciertos significantes que quedan bloqueados y no pueden aferrarse a otros, dándose una suerte de *congelación radical del significante en el cuerpo*.

El cuerpo, al igual que la mente están sometidos a la compulsión a la repetición y, por tal motivo, estos pacientes presentan una gran resistencia a buscar los factores psíquicos que sostienen la vulnerabilidad psicósomática, donde el daño físico es real (Fossa Arcila, 2012; McDougall, 1996).

McDougall (1996) sostiene que hay algunos elementos que están siempre presentes en los enfermos psicósomáticos:

- Se ubican del lado de las neurosis actuales
- En relación al destino del afecto, el mismo estaría totalmente sofocado por una representación forcluída, sin ninguna compensación psíquica, dejando así solo al soma.
- Se trata de pacientes con un imago paterna casi ausente, tanto del mundo simbólico de la madre como del niño.
- Por tal motivo la imago materna se vuelve extremadamente peligrosa. No hay fantasía de un pene paterno como complemento de un sexo materno. Sobre este escenario se organiza el fantasma de un falo paterno peligroso, idealizado y a la vez persecutorio y un imaginario maternal temible. La madre no desempeñó la función de proteger al bebé frente al torrente de estímulos y asimismo, no puede dotar de sentido sus comunicaciones no verbales, ya sea por haber estado

demasiado próxima o alejada de ese bebé.

- Consecuentemente el sujeto vulnerable a la somatización brinda en la clínica recuerdos de una autonomía precoz.

Otros aportes al estudio de las manifestaciones psicósomáticas como el de Bleichmar, dan cuenta de que los trastornos psicósomáticos responderían a una dificultad de mentalización del afecto, de darle curso a la angustia y a la trasmutación en descarga corporal. Sería el resultado de una capacidad de simbolización limitada (Romero, 2011).

Asimismo, según Fischbein (2000) el *acontecimiento somático* responde a una forma de funcionamiento mental perturbado, donde el paciente muestra ausencia o fracaso de sus funciones mentales, con una vida psíquica y de la realidad concretas. La puesta en acto en el cuerpo implica un exceso de tensión no soportado por el psiquismo y estas demandas corporales no son transformadas en señales de alarma o indicadores de conflicto.

Desde la clínica se observan distintas organizaciones de la enfermedad. Por un lado hay organizaciones más lábiles que pueden involucrar en distintos momentos diversos órganos y, por otro lado, se encuentran organizaciones más rígidas, como es el caso de las afecciones dermatológicas o gastroenterológicas (Boschan, 1999).

3.1.2. El enfermo psicósomático cardiológico

Ya en 1910, Osler, en un estudio sobre la angina de pecho, retrató al enfermo cardiológico, no como alguien emocionalmente frágil ni neurótico, como se tendía a pensar, sino por el contrario, como personas despreocupadas por sí mismos como por los demás (McDougall, 1989).

Hoy en día, en lo que respecta a las características fenomenológicas específicas de los síntomas psicósomáticos en pacientes psicocardiológicos, (Alaluf, Volfzon Bembi, Fiorillo, Repetto & Monis, 2007) se distinguen las siguientes:

- Previo al episodio cardíaco, llevan un ritmo acelerado con hiperactividad cumpliendo ciclos vitales prematuramente
- Posteriormente asumen una actitud de "supervivencia", con

poco registro del deseo, más allá de la cobertura de las necesidades básicas, evitando de este modo movimientos que impliquen generar algún tipo de cambio

- Circulación de la agresión, con omnipotencia de pensamiento, certezas y mecanismos defensivos tales como el aislamiento, negación y proyección.

- Pacientes sobreexigidos, sobreadaptados, que no han podido implementar adecuados mecanismos de defensa.

En referencia a este último punto, se entiende por *sobreadaptación* a un tipo de estructura en el cual se da una preeminencia del mundo externo sobre el mundo interno del sujeto, dando lugar a una disociación cuerpo – mente, con deficiente representación del cuerpo en el aparato psíquico (Braun de Dunayevich, 1981).

Este concepto, introducido por Liberman, da cuenta de bebés que precozmente han sido conectados con el exterior, debido a deficiencias en las relaciones tempranas con el cuidador, debiendo en muchos casos, hacerse cargo de sí mismos desde muy temprana edad, salteando etapas de aprendizaje y adquiriendo rápidamente en el desarrollo una personalidad pseudomadura (Braun de Dunayevich, 1981; Fossa Arcila, 2012).

Se trata de familias en las que la exteriorización del afecto quedó excluida, dejando al cuerpo como mediador y clave del intercambio afectivo (Boschan, 1999). La realidad ambiental exige una particular disociación de sus necesidades y posibilidades corporales, por lo que privilegian en exceso el ajuste a la realidad exterior, el rendimiento y el cumplimiento de exigencias del ambiente, junto con una significativa ausencia de conexión emocional con su cuerpo y estado emocional (Liberman et. al, 1982). Se relacionan con el entorno y con ellos mismos a partir de un *pensamiento operatorio*, definido por un pragmatismo cognitivo y un lenguaje empobrecido, poca capacidad de fantasear, poca capacidad de simbolización, acompañado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, dando la impresión de un desapego inusual (Fossa Arcila, 2012; McDougall, 1993).

Estos sujetos por lo general tienen una gran capacidad de trabajo, tienden a asumir grandes responsabilidades, en muchos llevándolos a cargar

problemas ajenos y quedando como receptores de los mismos; carecen de capacidad para pedir ayuda o reconocer que la necesitan, dando lugar, en muchos casos, a situaciones de riesgo sin percibirlo (Braun de Dunayevich, 1981). Cumplen con las exigencias sociales con gran eficiencia, pero no cuentan con iniciativa propia. Este modo de funcionamiento presenta una perentoriedad total de su self, lo que los compele a realizar esfuerzos innecesarios, desoyendo signos de agotamiento físico (Braun de Dunayevich, 1981).

En otro orden de ideas, el enfermo psicossomático no logra concebir la búsqueda del placer como una necesidad humana relevante. Los pacientes cardiovasculares suelen no distinguir entre capacidad de trabajo y de ocio y asumen grandes responsabilidades en actividades organizativas, aún en lugares destinados para el esparcimiento (Lieberman et al., 1982).

En la enfermedad somática los síntomas aparecen como primer signo de distonía en sujetos que habían vivido hasta ese momento en una completa egosintonía con su sobreadaptación. El síntoma aparece como señal sustitutiva de su estructura sobreadaptativa conflictiva (Braun de Dunayevich, 1981). Cuando se quiebra esta estructura de sobreadaptación, se produce el síntoma que puede recaer en el cuerpo, la mente o el mundo. En el primer caso, se trata de pacientes que presentan perturbaciones en el registro de sus sensaciones cenestésicas. Como consecuencia, pasan por alto indicios de enfermedades orgánicas o síntomas de alteraciones funcionales. Como los lactantes, sus órganos hablan lo que no pueden sentir ni decir (Braun de Dunayevich, 1981).

El síntoma somático demuestra el grado de postergación al que el cuerpo ha sido sometido. Es el producto de la disociación cuerpo – mente y a la vez, un intento de recuperación de esa unidad a través de la emergencia del cuerpo que se hace presente con su sufrimiento (Lieberman et al., 1982).

Marty caracteriza al enfermo psicossomático como personas trabajadoras, sobreexigidas, con carencias en las demostraciones y sentimientos afectivos, alexitímicas. Desconocen o tienen imposibilidad en reconocer lo que sienten y desean y son poco creativos. En los pacientes cardíacos se observa gran predominio del principio de realidad por sobre el principio de placer, en desmedro de la percepción interior y de su propio

cuerpo. Esto lleva a que en el proceso psicoterapéutico se manifiesten con pocos sueños y pobres asociaciones (Pelorosso, 2008). Según lo observado por Aisemberg (2008), parte del éxito del tratamiento en las somatosis dependerá del trabajo en el campo transferencial – contratransferencial, que juega un papel predominante.

3.2 Transferencia

El concepto de *transferencia* ha ido evolucionando tanto en la obra de Freud como en la mayoría de los autores que lo sucedieron, dando lugar a importantes divergencias en sus desarrollos (Zarandona, 2013). En Freud está íntimamente ligado a otros conceptos como resistencia y repetición, funcionando como el máximo obstáculo en la práctica analítica y a la vez como el motor de la cura (Álvarez, 2012). Según Freud, como señaló en 1912 en su escrito “La Dinámica de la Transferencia”, la misma se produce necesariamente en una cura psicoanalítica y alcanza un importante papel durante el tratamiento, siendo portadora de un efecto salutífero y condición del éxito del análisis. Describe la formación de uno o varios clisés, como las específicas y determinadas condiciones de amor que establecerá un sujeto, las pulsiones que satisfará y las metas que habrá de fijarse, resultado de disposiciones innatas y de los influjos que recibió en la infancia. Una parte de estas mociones se encuentra disponible para la personalidad consciente, volcada hacia la realidad objetiva. Otra parte ha sido apartada y sólo se ha podido desplegar en la fantasía o ha permanecido totalmente en lo inconsciente. En caso de que reste necesidad de amor por ser cubierta, el sujeto volcará representaciones-expectativa libidinosas hacia cada persona que se le presente, siendo probable que estas dos últimas porciones de libido (la susceptible de consciencia y la totalmente inconsciente) tengan participación (Freud, 1912b).

Para Freud, es normal que la investidura libidinal de alguien parcialmente insatisfecho se vuelque hacia el médico o analista, anudándose a alguno de esos clisés preexistentes en la persona, insertando al analista en alguna de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese

momento (Freud, 1912b). La transferencia puede presentarse como un intenso reclamo de amor o en formas más atenuadas, pero siempre proviene de la misma fuente (Freud, 1916-1917). Desde la clínica, observó que sus pacientes iban desarrollando hacia él un interés particular. Se mostraban agradecidos, con buenos modales, exhibiendo sus rasgos más apreciables, lo que llevaba también al analista a formarse una opinión favorable del paciente. Notó también, a raíz del contacto con parientes cercanos al paciente, que fuera de la consulta éstos no cesaban de hablar de su terapia, de alabar y ponderar al médico. Frente a estas circunstancias se alcanzaban grandes progresos en la terapia, hasta un determinado momento de quiebre. A partir de un cierto punto el paciente se resistía a comunicarle todo cuanto pasaba por su mente, instaurándose una resistencia como consecuencia de haber transferido sobre el médico intensos sentimientos tiernos (Freud, 1916-1917).

Esta transferencia que se instala desde el principio del tratamiento y que por un tiempo es el motor impulsor del trabajo psicoanalítico, luego se transforma en resistencia, cuando las mociones tiernas hacia el analista se tornan hostiles, dejando de manifiesto la ambivalencia de sentimientos que rige en la mayoría de los vínculos íntimos con otros seres humanos (Freud, 1916-1917). La resistencia no pertenece al inconsciente, sino al yo que se defiende de las representaciones que generan afectos displacenteros, que son “desplazados” hacia la figura del analista; las experiencias pasadas reprimidas que cobran vida, son reeditadas, siendo su característica principal la sustitución de una persona anterior por la persona del analista (Freud, 1916-1917; Zarandona, 2013).

Lejos de ceder a las demandas derivadas de la transferencia y a fin de convertir a la repetición en recuerdo, Freud aclara que se debe buscar demostrar al paciente que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no tienen relación con la figura del analista, sino que repiten lo que le ocurrió anteriormente (Freud, 1916-1917). Será tarea del analista intentar insertar esas mociones inconscientes que no quieren ser recordadas en la trama del tratamiento y su biografía, convirtiéndose en una lucha entre discernir y querer “actuar” (Freud, 1912b). Sólo a través de ese “actuar” se puede acceder a lo reprimido, gracias al vínculo con el analista. En otras palabras, sólo podrá abordarse el conflicto que generó el síntoma desde el

presente a partir de la traslación de afectos a la figura del analista en la neurosis de transferencia (Álvarez, 2012).

Freud categoriza diversos tipos de transferencia. Separa una transferencia *positiva* de una *negativa*, de sentimientos tiernos y de sentimientos hostiles y a su vez descompone la positiva en la de sentimientos amistosos, susceptibles de consciencia y la inconsciente, la cual se remonta a fuentes eróticas. Sobre este punto, el psicoanálisis ha demostrado que todos los vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza que se valoran en la vida se enlazan con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual a partir de apetitos puramente sexuales, y por lo tanto, las personas estimadas de la realidad objetiva pueden seguir siendo objetos sexuales para lo inconsciente en las personas (Freud, 1912b). En la medida en que la transferencia es positiva, reviste al analista de autoridad y confianza, mientras que en el caso de ser negativa o no instalarse la misma, sus intervenciones no serán consideradas (Freud, 1916-1917).

Dentro de los representantes de la Escuela Inglesa, se encuentra Klein (1952), quien ha contribuido a la definición de este concepto, distinguiendo que la misma actúa durante toda la vida e influye en todas las relaciones humanas. Cuando en el curso del proceso psicoanalítico, el analista va introduciéndose en las áreas inconscientes del paciente, el pasado de éste se reactiva progresivamente, generándose la necesidad de transferir sus experiencias, relaciones de objeto y emociones, depositándolas sobre la persona del analista, quien puede sustituir a la madre, al padre o a otras personas y también desempeña a veces en la mente del paciente el papel del superyó, del ello o del yo.

Ella ubica el origen de la transferencia en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto de los primeros estadios, lo que implica durante el análisis remontarse a las relaciones entre los objetos amados y odiados, internos y externos que definen la primera infancia (Klein, 1952). Por consiguiente, para Klein los relatos del paciente acerca de su vida diaria, sus amistades, sus actividades no sólo dan una comprensión del funcionamiento de su yo, sino que asimismo revelan las defensas contra las angustias emergentes de la situación transferencial. Hace frente a los conflictos y angustias re experimentadas hacia el analista con los mismos métodos que

utilizó en su pasado. En otras palabras, se aparta del analista de igual forma en que intentó apartarse de sus objetos primitivos (Klein, 1952).

Desde su punto de vista, Winnicott (1958) caracteriza a la transferencia en términos de la relación emocional entre el profesional y el paciente, siendo ésta un indicador de las pautas personales de la vida emocional o la realidad psíquica del paciente.

En lo que respecta a la Escuela Francesa, Lacan, indica que la transferencia se presenta cumpliendo un doble papel: por un lado como resistencia obstaculizando la cura y a la vez como guía para ubicar el camino a seguir. Según él, en una primera instancia es el analista quien deposita su deseo de analizar sobre el paciente, apostando al advenimiento de un saber, y que luego estos lugares se intercambian cuando el paciente le atribuye al analista un lugar de supuesto saber sobre lo que él no sabe de su síntoma (Álvarez, 2012). Destaca que en la situación analítica no se trata solamente de un pasado que retorna, sino también la presencia en acto de algo que se crea, una ficción, de un acto creador para el analista. Éste no quedaría por fuera de lo que produce el paciente (Álvarez, 2012). De tal manera no sería nada real en el sujeto, sino la aparición en un cierto momento del análisis, de los modos permanentes según los cuales el paciente constituye sus objetos (Lacan, 1951).

Una autora más contemporánea como Zygouri, advierte que la transferencia implica al menos dos escenas, siendo por un lado la repetición de relaciones pasadas y a la vez el aquí y ahora en relación a ese pasado. La transferencia designa el encuentro entre el analista y el paciente, como un vínculo específico e inédito en relación al inconsciente, a las formas de tramitar las pulsiones, a la falta y a la repetición (Rodríguez-Rendo, 2005).

Desde la clínica, la posibilidad de instalar una neurosis de transferencia, da a entender que se trata de un paciente con funcionamiento psiconeurótico, con capacidad de interrogarse, de instalar una pregunta. En cambio, cuando se trabaja con pacientes ubicados en el campo de las neurosis actuales, como es el caso de los psicósomáticos, resulta más complicado la instalación del espacio transferencial, requiriendo mayor plasticidad por parte del analista. Consecuentemente, la contratransferencia de éste último tendrá mayor implicancia en la generación de la transferencia.

(Aisemberg et al., 2012).

3.3 Contratransferencia

La noción de *contratransferencia*, es inseparable de la de transferencia y del proceso analítico, quedando ligada a los procesos de cambio que ocurran en un análisis, su evolución y resultados. A partir de Freud, la contratransferencia fue recibiendo cada vez mayor relevancia, sobre todo luego de que se fue interpretando y describiendo a la cura psicoanalítica como el efecto de una relación (De Leon & Bernardi, 2000). Esto, no sólo produjo un cambio en la observación del lugar del analista, quien pasa de ser de un mero observador a un participante activo, sino que también la investigación psicoanalítica dejó de ser objetiva, transformando las observaciones en experiencias (Martín-Cabré, 1998).

En su trabajo de 1912, “Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico”, en su punto f), Freud indica que el médico debe valorar, para los fines de la interpretación y del discernimiento de lo inconsciente escondido, todo lo que le es comunicado, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó. En otras palabras, debe servirse de su inconsciente como instrumento de análisis, para lo cual debe previamente, haber tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo tanto a él como a la interpretación del analizado, para aprehender lo que éste le ofrece. Cualquier representación no solucionada en el médico corresponde a un “punto ciego” en su percepción psicoanalítica (Freud, 1912a). Posteriormente, en “Puntuaciones sobre el Amor de Transferencia”, de 1915, Freud da nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, señalando que es importante que el analista entienda que la actitud o conducta del paciente ha sido impuesta a una situación psicoanalítica y no debe ser atribuida a su persona (Freud, 1915).

En un primer momento la contratransferencia era relacionada, siguiendo esta idea freudiana, sólo con los aspectos neuróticos inconscientes del analista que perturbaban su relación con el paciente (De León & Bernardi,

2000). Laplanche y Pontalis (como se cita en De Leon & Bernardi, 2000), la definen como el conjunto de reacciones inconscientes del analista a la persona del analizado y particularmente a la transferencia de éste.

Luego, su sentido se fue ampliando y pasó a abarcar todo el funcionamiento mental del analista que se hace presente y condiciona su labor durante la sesión, incluyendo los aspectos preconscientes y las manifestaciones que el analista percibe en sí mismo, observables, como ser afectos, ocurrencias, creencias, actos, movimientos, reacciones corporales, etc. (De León & Bernardi, 2000). Ya Lacan (1951) la definía como una entidad relativa a la transferencia, conformada por la suma de los prejuicios, pasiones y de la falta de información del analista en un momento específico del proceso clínico.

Cabe mencionar las diferencias que distinguen a la empatía de la contratransferencia. La primera se trata de una identificación transitoria, al servicio de la comprensión del paciente, mientras que la segunda implica fenómenos persistentes que afectan la relación entre analizado y analista (De León & Bernardi, 2000).

Ferenczi, en los años 20', fue el primer analista en modificar la noción tradicional de la contratransferencia como ocurrencia negativa. Partiendo de las ideas de Freud, profundizó su desarrollo, situándola como la clave para comprender y esclarecer la problemática inconsciente del paciente (Rachman, 2004).

Considera a la utilización de la transferencia y de la contratransferencia como la puerta de acceso para la comprensión y modificación de patologías severas, donde la capacidad simbolizante ha sido dañada o es escasa, como en la patología bajo análisis. Entiende el campo transferencial – contratransferencial más allá del intercambio verbal, donde existe una transmisión inconsciente de pensamientos y sentimientos que dan lugar a una mayor complejidad en la interacción del intercambio psicoanalítico (Boschan, 2012).

Es a partir de esa circulación de pensamientos y afectos que tiene lugar lo que Ferenczi denomina *enactment*, el material que no ha tenido

acceso a la simbolización, dando lugar a respuestas contratransferenciales que al ser reconocidas y aclaradas por el analista posibilitan su inscripción como material psíquico. De allí la necesidad de una total sinceridad y apertura por parte del analista a lo que el analizante pueda percibir de él (Boschan, 2012).

Posteriormente, alrededor de los años 1950, tanto Racker en Buenos Aires como Heimann en Londres, insistirán en la importancia de la intuición para comprender la transferencia del paciente, vista ya como producto de la contratransferencia. Sostienen que la contratransferencia es un instrumento de investigación que contribuye a la comprensión de las ansiedades y conflictos inconscientes del paciente. Heimann, en oposición a la postura freudiana, considera que en la situación analítica se da una relación entre dos personas que genera sentimientos en ambos participantes, donde la contratransferencia es vista como una creación del paciente a partir de su personalidad (Aisemberg, 2012; De Leon & Bernardi, 2000).

Por lo expuesto, la respuesta emocional del analista no estaría determinada solamente por sus aspectos inconscientes, sino que estaría inducida por el paciente, lo que conduce a la conflictiva de éste último (De Leon & Bernardi, 2000).

Racker señala que el momento en el cual se manifiesta la reacción contratransferencial, lleva inevitablemente a cierta pérdida de asimetría y de neutralidad por parte del analista y sólo, a posteriori, luego del autoanálisis del analista, éste se encuentra en condiciones de entender el significado de los sucesos, posibilitando la interpretación y recuperación de la situación asimétrica y neutral (De Leon & Bernardi, 2000).

Por lo indicado anteriormente, la personalidad del analista, su historia de vida y profesional, su formación e ideologías deben ser analizadas para poder alcanzar y sostener el máximo de neutralidad y captar la singularidad del caso. Esto se logra a partir del autoanálisis, del análisis y de la supervisión (Aisemberg et al., 2012).

3.4 Clínica psicoanalítica en pacientes psicossomáticos - Instalación del tratamiento

La clínica psicoanalítica forma parte de una de las tres bases o cimientos del psicoanálisis fundado por Freud, siendo las dos restantes, el método de investigación y el conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas que sistematizan los datos aportados por la investigación (Laplanche & Pontalis, 2001). Este método psicoterapéutico se caracteriza por la interpretación de la resistencia, de la transferencia y del deseo, dando lugar a la cura psicoanalítica (Laplanche & Pontalis, 2001).

El efecto terapéutico buscado es la traducción de lo inconsciente a lo consciente; cancelar las represiones a los efectos de evitar la formación del síntoma y transformar el conflicto patógeno en uno pasible de solución (Freud, 1916-1917). Resulta esencial para poder llevar adelante un proceso psicoanalítico que el candidato desee un análisis *por sí mismo*. El sujeto debe reconocer su sufrimiento psicológico, que se encuentra angustiado o deprimido, que presenta síntomas cuyo significado no puede descubrir o que tiende a la repetición de las mismas experiencias que lo angustian. Asimismo, implica aceptar el hecho de que las causas de esos síntomas residen en el fondo de uno mismo, llevando al sujeto a una aceptación responsable de sí (McDougall, 1989).

En el caso del enfermo psicossomático, sus características específicas plantean problemas particulares en el curso de un análisis y exigen adoptar un enfoque diferente del que puede requerir la comprensión de las partes neuróticas de la personalidad (McDougall, 1993).

3.4.1 Demanda de análisis

Los pacientes psicossomáticos, generalmente no reconocen la existencia del conflicto psíquico, por lo que no concurren al psicoterapeuta por propia iniciativa, sino que son generalmente derivados por el médico especialista (Chevnik, 1982). En muchos casos éste no sabe el por qué de esa derivación, dando lugar a la ausencia de demanda o, a la no – demanda (Ben David, 2001). En su lugar, ven en el profesional a alguien a quien sólo le

deben relatar lo que les pasa a nivel corporal (Pelorosso, 2008).

En sesión manifiestan no saber el por qué de la consulta y que su médico había concluido que la causa de sus síntomas eran nerviosos. Dentro de las principales características que presentan, se encuentra la ausencia manifiesta de sintomatología psiquiátrica; no hay angustia, no hay depresión, su funcionamiento mental es bueno, pero llama la atención el déficit afectivo y por lo general sus relatos se refieren a hechos concretos de la vida, el “síndrome del eso es todo” según Green (Chevnik, 1982). Por su parte, McDougall (1989) denomina a estos pacientes como *normópatas*, ya que no presentan dolor neurótico, mostrando una apariencia de total normalidad.

En estos pacientes el analista se encuentra con ausencia de demanda de análisis, lo que remite a la falta de deseo. Éste no viene por default, sino que debe consolidarse en el mismo análisis, siendo la figura del analista la encargada de generar las condiciones necesarias para que se formule (Llanes, 2014).

Lo descripto, dificulta la posibilidad de que se instale la neurosis de transferencia, ya que no pueden establecer relaciones con algún acontecimiento de naturaleza emocional, hay ausencia de pregunta y no hay síntoma inicial del cual se pueda apoderar el analista para trabajarlo y así dar lugar al síntoma bajo transferencia (Ben David, 2001; Pelorosso, 2008).

Marty describe al síntoma psicósomático como un síntoma de la falta de síntoma, lo cual implica, a pesar de esto, encontrarle un significado a través del trabajo analítico (como se cita en Llanes, 2014).

Dado que los pacientes con este tipo de patología padecen de déficit de capacidad representacional, se requieren cambios en la técnica psicoanalítica. La asociación libre y la atención flotante, propias del encuadre tradicional apuntan al levantamiento de la represión, pero en cambio, en estos pacientes se trabaja no sobre el develamiento, sino en la inscripción y armado de un texto hasta ahora inexistente, aún no representado. Se trabaja desde la construcción y no la interpretación, lo que requiere mayor actividad del analista (Fischbein, 2000).

Sobre las construcciones en análisis, Freud subraya que el trabajo del analista implica realizar conjeturas en relación a lo olvidado por el paciente desde los indicios que éste presenta, logrando tal cometido mediante

construcciones que luego serán comunicadas al paciente en el momento y de la forma más oportuna. Al igual que un arqueólogo, el analista extrae las conclusiones a partir de los restos de recuerdo, de asociaciones y de exteriorizaciones activas del analizado (Freud, 1937). Al comunicar su construcción busca que ésta genere un efecto sobre el paciente, para así luego desarrollar otra construcción a partir del material nuevo que se produjo como efecto de esa primera comunicación. En otras palabras, la reacción del paciente no debe ser descuidada, ya que formará parte de nuevas construcciones, pudiendo resultar en el recuerdo de algún material reprimido o simplemente que el analizado la considere verdadera, lo que a los fines terapéuticos es igualmente valioso (Freud, 1937).

Así, el trabajo clínico con pacientes con funcionamiento no neurótico, debe propiciar la construcción de recuerdos a partir de la repetición en la transferencia y en la contratransferencia, a diferencia del trabajo con pacientes con funcionamiento psiconeurótico, donde mediante la interpretación se busca que emerjan recuerdos reprimidos. Se busca transformar el sufrimiento y el dolor de la somatosis severa en sufrimiento y dolor psíquico, creando un espacio externo – interno para poder transitarlo (Aisemberg, 2008).

Los estudios realizados por Green, McDougall y Winnicott, concuerdan que los pacientes psicósomáticos se encuentran en la frontera de la analizabilidad, debiendo buscar el sentido del síntoma a través de la repetición en transferencia de los vínculos que surgieron como defensa frente a carencias o traumas tempranos (Szapiro, 2011).

El objetivo del análisis es en parte que este sistema de vida disociativo se vuelva egodistónico para el paciente y que el síntoma corporal se transforme en un mensaje con significado (Lieberman et. al, 1982), siendo el analista quien le adjudica un sentido al síntoma, mientras que el paciente es incapaz de atribuirle una significación por sí mismo. Se busca inscribir una escena a ser evocada en el futuro en la neurosis de transferencia (Fischbein, 2000).

Por lo dicho anteriormente, el trabajo clínico con el enfermo psicósomático requiere para el psicoanalista, llenar un vacío, construir lo no

construido, mentalizar la respuesta biológica no registrada a través del discurso (Fischbein, 2000). Llanes, (2014) advierte la importancia de darle lugar al factor contratransferencial cuando se trabaja con pacientes psicósomáticos, ya que es en gran parte el analista quien debe poner en palabras su angustia para que el otro también pueda hacerlo y, de tal forma, logre escucharse y elaborar.

McDougall (1989) puntualiza que algunos de sus analizados se negaban a reconocer sus dolores psíquicos, expulsando del discurso analítico las experiencias cargadas de afecto y depositándolas en algún modo, fuera de la psique, en el soma. De esta manera, aquellas experiencias lograban acceder a la palabra mediante la preocupación contratransferencial.

Asimismo, Winnicott señala que, tanto el encuadre terapéutico como el rol del terapeuta deben funcionar como continente y ambiente facilitador de la relación paciente-terapeuta, permitiendo desplegar la representación psíquica desde lo somático (Fossa Arcila, 2012).

Dentro de las perspectivas actuales, el psicoanalista Rodríguez-Rendo (2005) sostiene que en este tipo de pacientes, donde la dolencia aún no se ha podido enunciar como conflictiva a nivel subjetivo, el malestar recae sobre la figura del analista, quien deberá generar la pregunta mediante el establecimiento de un vínculo con el otro que de lugar a la transferencia.

No obstante lo expuesto, Marty (2003), uno de los representantes de la ya mencionada Escuela Psicósomática de París, recuerda que la investigación y tratamiento de pacientes psicósomáticos debe tener en cuenta el doble aspecto psíquico y somático de la economía del paciente. Se debe investigar qué lugar ocupa la enfermedad en ese paciente singular: considerable, insignificante, objeto de negación; el valor objetal de la enfermedad que ha sido investida afectivamente, llenando un vacío objetal o reemplazando un objeto desaparecido. No contar obligatoriamente con la transferencia, sino además tener en cuenta la enfermedad somática.

3.4.2 Resistencia al análisis

Se denomina resistencia a todo acto o palabra del analizado que

impide el acceso al inconsciente de éste durante la clínica, una actitud de oposición al propio descubrimiento, al esclarecimiento de los síntomas y progresión a la cura, impidiendo de esta manera el trabajo terapéutico. Se trata de una resistencia a la curación ya que ella misma es percibida por el yo como un peligro (Laplanche & Pontalis, 2001).

En la Adenda de “Inhibición, Síntoma y Angustia”, Freud (1926) distingue, a partir de la segunda tópica, diversos tipos de resistencia: Las resistencias del yo serán la represión, la resistencia de transferencia y la ganancia secundaria de la enfermedad. La resistencia del ello es la compulsión a la repetición y la resistencia del superyó será la consciencia de culpa que sostiene la necesidad de castigo y la reacción terapéutica negativa (Leibson et al., 2012).

Con respecto a la *ganancia secundaria de la enfermedad*, la considera como una suerte de ligazón entre el yo y el síntoma. La existencia del síntoma en ocasiones permite apaciguar las demandas del superyó o del mundo exterior, confiriéndole valor al yo para autoafirmarse. Esta ventaja sobre el síntoma que se procura el yo termina por volverlo indispensable. Si bien acuña este término para referirse a las neurosis, se lo puede considerar también en el tratamiento psicoanalítico de las enfermedades psicosomáticas, donde esta ligazón actúa como resistencia del yo al análisis (Freud, 1926).

Cuando se trabaja en la clínica con pacientes psicosomáticos se debe ser muy cauteloso en cuanto a las resistencias que puedan aparecer, dado que la enfermedad psicosomática es más soportable que el dolor a nivel mental (Fossa Arcila, 2012). Es probable, que las defensas masivas contra el reconocimiento del conflicto mental sean necesarias para su equilibrio psíquico (McDougall, 1989).

Dentro del campo de las investigaciones con pacientes psicosomáticos, un estudio realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el año 2005 (Szapito & Reyes, 2005), concluyó que la gran mayoría de los sujetos incluidos en la muestra manifestaron una gran pobreza en la producción de manifestaciones del inconsciente y que, gracias a la clínica psicoanalítica, se logró el mejoramiento de este fenómeno.

Por otro lado, Lacan (1954-1955) manifiesta que la resistencia es sólo

del analista cuando no logra comprender lo que tiene adelante, cuando cree que interpretar es mostrarle al sujeto el objeto de deseo. Según él, se le debe enseñar al sujeto a articular, a nombrar ese deseo que está más allá de la existencia y que por eso insiste, como insiste el síntoma.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio: modelo de caso único, descriptivo, diseño no experimental.

4.2 Participante: caso clínico de Marcela, una mujer de 54 años, quien fue internada en el Servicio de Cardiología de un Hospital Público de zona norte hace un año, con un cuadro grave de edema pulmonar e hipertensión, del que se recuperó rápidamente. Allí se le ofreció asistencia psicológica del Servicio de psicocardiología y aceptó el tratamiento. No había recibido ningún tipo de tratamiento psicológico anteriormente. Fue tratada 9 meses en ese Servicio y luego, hasta el día de la fecha en consultorio privado. Previamente presentó síntomas de ansiedad, como taquicardia y falta de aire.

Su grupo familiar está compuesto por su marido, con quien convive y tres hijos; el mayor de un primer matrimonio, el segundo fruto del matrimonio actual y el tercero adoptado, hijo de su hermano. Tiene además dos nietos. Trabaja como empleada doméstica en diferentes domicilios.

4.3 Instrumentos:

- ✓ Entrevista al profesional a cargo del tratamiento sobre sintomatología psicósomática de la paciente, anamnesis, características propias del paciente psicósomático cardiológico, estructura psíquica, áreas de funcionamiento neurótico, capacidad de insight, de simbolización, registro de sus emociones, su demanda de análisis, características de la transferencia y contratransferencia establecidas en el dispositivo, resistencias, posición en relación al deseo.
- ✓ Entrevista al psicólogo supervisor sobre la transferencia y la contratransferencia del analista.
- ✓ Se recolectó y registró material mediante observación participante en los espacios de supervisión del caso.

- ✓ Se tomaron notas a partir de la lectura de la historia clínica de la paciente.

4.4 Procedimiento de recolección de datos: Se realizó una entrevista al profesional a cargo de la paciente, con una duración de hora y media aproximadamente y una entrevista al psicólogo supervisor de una hora. Las dos entrevistas se llevaron a cabo en el espacio físico que la Institución dispuso a tales fines. La recolección y registro de material de las supervisiones se realizaron los días viernes por la mañana, durante 2 meses. Además, se tomaron notas de lo registrado en la historia clínica de la paciente.

5. Desarrollo

5.1 Conceptualización del caso

5.1.1 Datos sobre la paciente:

De las supervisiones en las que se participó y luego de la entrevista con la psicóloga que llevó adelante el caso, se pudo recabar información valiosa acerca de la infancia, vida pasada y actual de la paciente, necesaria para distinguir y comprender características particulares de su estructuración psíquica.

De niña vivía con su madre en una localidad en el interior de la Provincia de Buenos Aires, hasta que la madre quedó embarazada de su hermana y se trasladó a Capital Federal, dejándola a ella y a su hermano mayor al cuidado de su abuela. En esta casa convivían además, un tío de la paciente y un primo, al cual su madre también había dejado para poder irse a trabajar a la Capital. Comentó que allí todo era de todos, desde los juguetes hasta la ropa. No había lugar para lo propio ni para la privacidad.

De su padre poco se sabe. La madre lo abandonó estando embarazada y recién de adulta tuvo noticias de que residía en un pueblo de la Provincia de Santa Fe. Comentó que una vez fue con su hermana hasta esa localidad en su búsqueda, pero al no poder dar con su paradero, se volvieron ese mismo día.

A los 11 años la madre los trajo a ella y al hermano a vivir a una Villa en Pacheco y al poco tiempo la madre comenzó una relación con un hombre con el cual luego tuvo otra hija y convivieron todos en una casa en Villa Adelina. Este hombre se ocupó de su escolaridad, de su educación, de imponer cierto ordenamiento. Marcela comentó que estaba resentida con su padrastro a quien solía cortarle las mangas de las camisas en signo de reproche y que poco antes de que este hombre fallezca, pudo reconocer que había sido bueno con ella, que muchas cosas por las cuales lo culpaba eran en realidad, conflictos que la madre misma le endilgaba, depositando en él ciertas cuestiones que ella no quería hacer propias. Cuestiones como éstas se presentaban, por ejemplo, cuando la madre le explicaba que no podía

recibir amigas en la casa porque el padrastro no lo permitía, siendo en realidad ella quien no deseaba visitas.

La madre siempre mantuvo una relación tormentosa con su familia política a raíz de que no aprobaban su relación. Cuando nació el segundo hijo, fruto de esta relación, el bebé falleció al nacer, pero su madre niega esta muerte, alegando que fue la familia del marido quien lo robó para entregárselo a una prima de éste. El hecho quedó sólo en especulaciones, ya que nunca se llevó a cabo ninguna investigación, no se hicieron estudios de ADN ni tampoco se hizo explícita su sospecha. Al fallecer el padrastro, su familia se quedó con todos sus bienes, dejándole a la madre y sus hijos solamente la casa de Villa Adelina donde vivían.

A los 23 años Marcela forma una pareja con "N", con quien tiene a su primer hijo. Luego de que el bebé cumpliera los 3 años, se escapa de su casa con el niño. Nunca más vio a este hombre, el hijo de adulto no buscó a su padre y este hombre tampoco intentó entablar contacto. No lo describe como un hombre violento, sino que la familia política era muy tradicional, judía y, según su relato, le exigían cumplir con ciertos convencionalismos y mantener un orden al que ella no se quería ajustar.

Años más tarde, a sus 29, conoce a "J", quien actualmente es su pareja y tiene a su segundo hijo. Miembro de la comunidad griega, se dedica a la música con su banda en fiestas y eventos de la colectividad principalmente. Lo describe como un "buenudo", que siempre está ayudando a todo el mundo. Construyó una casa para sus padres, y al día de hoy esa casa fue apropiada por sus hermanos, mientras que ellos no cuentan con casa propia. A sus ojos él "no la cuida", ya que debe trabajar en casas como empleada doméstica, cuando podrían llevar un mejor pasar si él solucionara las cuestiones familiares.

Ya con ambos hijos mayores, intentó infructuosamente un tercer embarazo. En ese momento la esposa de su hermano, ambos alcohólicos e indigentes, le ofrece darle el bebé que estaba esperando y en el Hospital al momento del parto lo anota a su nombre. Esta mujer tuvo varios hijos, a los cuales Marcela ayudó a insertar en familias que tuvieran algún impedimento para poder tener hijos propios y así, según ella, rescatarlos de una vida de

carencias. Por este motivo se vio envuelta en el pasado en problemas legales.

Marcela trabajó muchos años como empleada doméstica en varios domicilios, todas casas pertenecientes a una misma familia. En la actualidad presta servicios sólo en una, debido a la enfermedad de su empleador diagnosticado tiempo atrás con Alzheimer. Allí, ella además de los quehaceres domésticos, se ocupa de atender a este señor, dado que requiere de ayuda y supervisión constante.

Avanzado el tratamiento, Marcela le pidió a la psicóloga que por favor atendiera a la esposa de este hombre porque a partir de la enfermedad del marido, se encontraba con el ánimo deprimido. La psicóloga, a pesar de haberle explicado que no era habitual atender a personas con ese grado de relación, mantuvo un primer encuentro con la intención de derivarla, pero tal derivación nunca se concretó y sostuvo su tratamiento por unos meses, hasta que dejó de asistir.

5.1.2 Datos sobre la psicóloga:

Es importante destacar en relación a la psicóloga a cargo del caso, que se trata de una mujer de aproximadamente la misma edad que la paciente, con tres años en la práctica profesional. Se dedica mayormente a atender pacientes bajo tratamiento por adicciones, pacientes psicosomáticos derivados por la Institución donde se realizó la Práctica Profesional y consultorio privado.

5.2 Describir los síntomas psicosomáticos presentados por esta paciente.

Marcela comenzó su tratamiento psicoanalítico a partir de su internación con un cuadro grave de edema pulmonar, causado por una insuficiencia cardíaca e hipertensión. Asimismo presentaba taquicardia, falta de aire y opresión en el pecho, síntomas relacionados con la ansiedad.

Un detalle a destacar de su estadía en el Hospital es que, a pesar del grave estado en el que se encontraba al ingresar, su mejoría fue notablemente rápida, llamando la atención de los médicos a cargo. Los mismos le comentaron al profesional que realizó la entrevista de admisión que a los pocos días de su internación ya deambulaba por la sala, ayudando a los demás enfermos y dando directivas a las enfermeras.

Al inicio del tratamiento acudía al Hospital con su marido. Sentía miedo de que le faltara el aire y le subiera la presión, y ese mismo pensamiento provocaba los síntomas, por lo que se trabajó en su registro y reconocimiento para poder manejar la respiración y así controlarlos.

A partir de lo registrado en la primera supervisión, donde se presentó el caso, se tomó conocimiento de hechos de la infancia de esta paciente que dan cuenta de la ausencia materna en los primeros años de vida, quedando al cuidado de la abuela, quien además debía criar a su hermanito y un primo. La psicóloga comentó que en esa casa “todo era de todos”. La paciente no tenía juguetes ni otro tipo de pertenencias propias. Ayudaba a la abuela en los quehaceres domésticos y cuidaba a la vez de los demás niños. Esta dinámica ayudó a gestar una estructura sobreadaptada, ya que desde temprana edad se vio expuesta a cargar con responsabilidades mayores a las que correspondían para una niña de su edad, en un ambiente poco facilitador donde tuvo que hacerse cargo de sus propios cuidados (Braun de Dunayevich, 1981; Fossa Arvila, 2012).

En cuanto al área volitiva, durante la entrevista con la psicóloga se mencionaron varias situaciones de enojo. Por ejemplo su enfado con una íntima amiga a raíz que durante una fiesta tuvo que ubicarse en una mesa cerca de los sanitarios y, en vez de hablar el tema con ella, decidió no verla nunca más. Lo mismo ocurría regularmente cuando llegaba a su casa y encontraba la cocina desordenada. En lugar de hablar con los hijos o la nuera para exponerles su descontento y pedirles que ordenen, hacía ruido con las ollas como señal de disconformidad.

En una ocasión pasó a buscarla su nuera por una de las casas donde trabajaba, quien le pidió entrar para usar el baño. En ese momento llegó el dueño de casa y, al encontrar a alguien extraño, se enojó con ella. Marcela en

vez de explicarle lo acontecido e intentar comprender el punto de vista del otro, se ofendió y consideró abandonar su trabajo sin hablar al respecto.

Este material da a entender que ante situaciones de conflicto no surge la pregunta en ella de qué puede motivar a los demás a actuar de determinada manera. No sólo es incapaz para expresar el enojo, derivando en reacciones de tipo evitativas y de negación, sino que además no puede registrar sus propios estados emocionales, como así los del otro. Sólo a partir de las intervenciones de la psicóloga pudo tomar conocimiento de este tipo de accionar y comprender que existen otras posibilidades. Este tipo de respuestas, donde el enojo no es verbalizado, sino puesto en acto, se registraron ya desde su infancia, como cuando cortó las mangas de todas las camisas de su padrastro porque estaba disgustada con él.

Asimismo, ante situaciones que ameritan la confrontación, se “escapa”, tal como se fue de la casa de su primera pareja junto con su hijo o de la fiesta de su amiga. “No buscó la oportunidad de hablar del tema. No hay opción, como si el otro tuviera que adivinar lo que a ella le molesta. Esto pasó varias veces”.

La psicóloga relaciona estas conductas con los síntomas físicos de hipertensión, la falta de aire y la opresión en el pecho, por los cuales ingresó al Hospital. Como se hizo referencia previamente, la paciente posee dificultades para discriminar la angustia del enojo, para diferenciar diversos grados de éste último y para comunicar sus estados emocionales, siendo todas características propias del paciente psicósomático cardiológico, tal como fue descrito en el apartado teórico (Alaluf et al., 2007).

Con respecto a su tercer hijo, Marcela aceptó hacerse cargo del mismo como propio. En el momento de su nacimiento, la cuñada lo anotó a nombre de la paciente, quien se lo llevó a su casa sin ni siquiera participar a su marido de tal decisión. Asimismo, fueron reiteradas las oportunidades en donde la paciente ayudó a su cuñada a encontrar una familia para los otros bebés que fue teniendo, no considerando los riesgos legales ni responsabilidades a los cuales se exponía al no dar intervención a la justicia. Esto evidencia una tendencia a cargar con responsabilidades ajenas, sin contemplar o percibir los posibles riesgos que eso implique. La psicóloga comentó en la entrevista que sólo a partir de sus intervenciones la paciente

pudo tomar alguna idea de la trascendencia del problema legal al que se había expuesto y por el que casi es encarcelada.

Es importante destacar cómo la paciente no puede distinguir que sus acciones tienen directa implicancia en relación a la vida de un ser humano, ni ver la magnitud de las mismas. Esto se puede observar cuando relata los hechos relacionados con los hijos de su cuñada y los compara con los perros que suele rescatar de la calle para ubicarlos en casas para adopción.

Esta tendencia a asumir responsabilidades ajenas que exceden sus capacidades, se advierte también en el trabajo. Marcela, sin contar con la preparación necesaria, se “hace cargo” del cuidado de su empleador con Alzheimer, tarea que la lleva al desgaste físico y emocional.

Su inhabilidad para verbalizar sus sentimientos y discriminarlos, cargarse de problemas ajenos e implicarse en situaciones de riesgo, sumado a lo expuesto *ut supra*, daría cuenta de una persona con una estructura de pensamiento operatorio (Braun de Dunayevich, 1981; Fossa Arcila, 2012; McDougall, 1993).

Otro aspecto a considerar es su incapacidad para conectarse con el deseo y el placer. La psicóloga la describe como una persona desconectada de ella misma, alexitímica (Pelorosso, 2008), reclusa en su casa incluso los fines de semana, sin participar de ninguna actividad de ocio. Su vida se resume del trabajo a su casa donde continua realizando tareas domésticas. Presta su ayuda a quien se lo solicite, sea una amiga, la cuñada, los hijos, pero es incapaz de conectarse con algo del orden de su deseo. Demuestra una tendencia a cuidar y ocuparse del resto en desmedro de su propio cuidado.

En otro orden de ideas, la psicóloga comenta que la paciente alcanza a advertir que sus síntomas físicos pueden estar relacionados, en sus palabras “con algo de la cabeza”, pero no encuentra conexión alguna entre esas dolencias físicas y tensiones internas o ambientales. La describe como una persona con un tipo de pensamiento bastante concreto, sin capacidad de simbolización ni fantasías y un discurso desafectivizado. Pareciera que todo es lo mismo. Los retazos de historia que lleva a la consulta no están cargados de afecto, sino que en muchas ocasiones termina siendo la psicóloga la que le devuelve la emoción correspondiente al relato. Al respecto, los

representantes de la Escuela de París sostienen que esta deficiente capacidad representacional y la respuesta emocional disminuida son propias del enfermo psicossomático, transmutándose la angustia en descarga corporal (Chevnik, 1981; Romero, 2011).

Atento a que el factor desencadenante del trastorno de Marcela se trata de un fenómeno somático y considerando las características de la paciente ya mencionadas, como ser la dificultad a dar curso a la angustia, la sobreadaptación, el pensamiento operatorio, la ausencia de búsqueda de situaciones placenteras, sumado a su escasa capacidad de simbolización y a su empobrecida respuesta afectiva, se podría ubicar a la paciente en el campo de las neurosis actuales asociada a síntomas psicossomáticos psicocardiológicos (Laplanche & Pontalis, 2001; McDougall, 1993; Romero, 2011).

Los síntomas corporales como la hipertensión, taquicardia y falta de aire, podrían ligarse a su estructura de personalidad descrita y a circunstancias de su vida, su descontento con ella misma, con un marido que, en sus palabras “no la cuida” y con la sensación de ahogo que le provoca no saber hacia adonde dirigirse.

Por otro lado, en cuanto a su historia personal, algunos aspectos de su infancia dan cuenta de una imago paterna ausente y de una madre que no habría desempeñado correctamente la función de protección, que no dotó de sentido sus estados emocionales, llevando a la paciente a alcanzar una autonomía precoz con una consecuente vulnerabilidad a la somatización. Todos estos elementos, según McDougall (1996), estarían siempre presentes en el enfermo psicossomático.

5.3 Describir las características del campo transferencial - contratransferencial establecido en el dispositivo psicoanalítico

El primer hecho en el que se observa interés por parte de Marcela hacia la figura de la analista es al aceptar iniciar un tratamiento psicoanalítico dentro de las instalaciones del Hospital. En esta instancia no se sabe nada aún de qué deposita en esa figura, más que interés y la idea de que podría

contar con algún tipo de saber acerca de su padecer.

Posteriormente, a lo largo de las entrevistas, este interés fue creciendo, como se advierte en el siguiente material:

“Hoy me fui a mimar como vos decis, me hice un peeling, masajes....”

“Tengo algo que contarte que te va a poner contenta. Me voy de viaje con mi mamá y mi hermana. Ya reservé todo para no arrepentirme”

“Yo le comenté a Susana (su empleadora) lo que me dijiste acerca de la enfermedad del marido, y por suerte lo pudo entender”.

“Mirá, ahora tengo mi agenda como vos y la muestro para que vean que ese día lo tengo ocupado”

Estos fragmentos de diálogo demuestran como la paciente tomó algo de lo construido por la psicóloga a lo largo de las sesiones y le devuelve sentimientos tiernos, posiblemente buscando su aprobación y agrado. Así, la psicóloga fue revestida de autoridad y confianza, instalándose una neurosis de transferencia positiva (Freud, 1916-1917).

La paciente concurrió a las sesiones asiduamente y con puntualidad. Finalizados los meses de tratamiento gratuito en el Hospital, pasó a sesiones en consultorio privado. Sobre este punto, la psicóloga comentó que Marcela llegaba contenta, que el pasaje al consultorio fue para ella como subir de categoría, a pesar de darle miedo viajar hasta la Capital. Estas cuestiones más de índole del encuadre del tratamiento también dan cuenta de la relación transferencial positiva.

Del hecho ya narrado, cuando el dueño de una de las casas donde ella trabajaba se enojó porque encontró a su nuera utilizando el baño y, a partir de esto la psicóloga le mostró que enojarse y huir no es la única alternativa y que los demás también tendrán sus razones para actuar como lo hacen, se observa como la psicóloga hizo uso de esa “autoridad” conferida para tratar temas tales como el manejo de la angustia y el enojo e intentó construir la idea de un semejante.

A partir del material recabado en las supervisiones y la entrevista no es posible determinar a qué clisé quedó anudada la persona del analista. Tal vez por falta de información acerca de la relación con sus vínculos primarios, de las relaciones de objeto de los primeros estadios (Klein, 1952). Contar con esta información a los fines de este análisis no es relevante. Si es de destacar

que, a partir de un cierto punto, la transferencia fue sufriendo modificaciones, hasta su caída como consecuencia de las resistencias de ambas.

En el caso bajo análisis, la instalación de la transferencia, motor impulsor del trabajo psicoanalítico (Freud, 1916-1917), se fue gestando desde el primer acercamiento. Pero, si se considera el tipo de estructura de la paciente y además que la transferencia es una herramienta fundamental para generar alguna pregunta e inscribir material psíquico en la paciente, es dable destacar que la contratransferencia tuvo gran implicancia en el tratamiento (Aisemberg et al., 2012).

Con respecto a ésta última, se destacan los siguientes recortes de la entrevista con la psicóloga:

“Ella toma mucho lo que yo le digo y es peligroso también”

“Esperemos que alguna vez ella se enoje conmigo. Hasta ahora no lo hizo”.

“A mi me da miedo porque ella te pone allá arriba o te tira a la mierda, como con el otro patrón con el que ella se enoja y te dice *yo lo apreciaba taaaaanto*. Esto es lo que me da miedo de la transferencia conmigo”.

Estos pasajes estarían relacionados con aspectos neuróticos inconscientes del analista que podrían, siguiendo la primera idea del concepto de contratransferencia, perturbar el análisis. Nada se sabe a simple vista de cuales serían estos aspectos y el material con el que se cuenta tampoco alcanza a dar cuenta de ellos, sólo que son reacciones a partir de la transferencia, producen efecto en el análisis y ergo, recaen nuevamente en la transferencia (De León & Bernardi, 2000).

“El otro día me dice que tiene algo que contarme que me va a poner contenta. Parece que lo hace dedicado a mí”

“Ella dice que le gusta ser empleada doméstica, que lo eligió. Yo no sé si lo eligió tanto, pero bue..”

“A mí se me juega algo con lo cultural, porque ella es del campo. Si bien está muy arraigada, tiene que ver con cómo se tratan las cosas en el campo. Es otra ley.”

Estas frases dan cuenta de la respuesta contratransferencial de la analista a partir de la relación con la paciente, ya en el sentido ampliado del término (De León & Bernardi, 2000). Aquí se advierten no sólo

manifestaciones del orden inconsciente, sino además aspectos relacionados a creencias y afectos (Lacan, 1951).

Su lectura involucra, más allá de aspectos propios de Marcela, prejuicios tales como que el campo se rige por una ley diferente a la de ciudad o la duda sobre si realmente trabajar como empleada doméstica fue por propia elección. Asimismo, del material presentado se rescata cómo la psicóloga se atribuye a su persona la actitud de la paciente, mientras que la teoría indica que es impuesta a partir de la situación psicoanalítica (Freud, 1915).

En otro orden de ideas, la paciente pudo trabajar temas centrales como aprender a manejar el enojo, comenzar a conectarse con lo placentero y modificar su tendencia a tomar responsabilidades ajenas como propias. Este trabajo pudo hacerse efectivo gracias a la construcciones propiciadas en la relación transferencial - contratransferencial, como se verá en el próximo apartado, a partir de preguntas acerca del pasado en asociación con hechos que la paciente fue trayendo del aquí y ahora (Freud, 1937).

Asimismo ante la ausencia de afecto en los relatos de la paciente, la psicóloga fue la encargada de adjudicarle el tono emocional correspondiente, mediante gestos, posturas corporales, todas provenientes de los sentimientos generados a partir del campo transferencial – contratransferencial, complejizando de esta manera los intercambios, dando lugar a lo que Ferenczi denominó *enactment* (Boschan, 2012).

Previamente se hizo mención al episodio en el cual Marcela le requirió a la psicóloga que atienda a una de sus empleadoras, quien estaba muy angustiada porque su marido había sido diagnosticado con Alzheimer. A pesar de intentar derivar a esta señora, la psicóloga comentó que “algo se le jugó” que le impidió derivarla y prosiguió atendiéndola por algunos meses.

Durante la entrevista mantenida con la supervisora, se trató puntualmente este tema. Comentó que durante los encuentros de supervisión se le expuso a la psicóloga los riesgos que corría al responder a esta demanda, ya que podía interferir en el tratamiento. Era menester correrse del lugar en el que se estaba ubicando, privar a Marcela de esa demanda y derivar a la segunda paciente con otro profesional. De esta manera la

supervisora trató que la psicóloga tomara conocimiento de sus “puntos ciegos” que podían obstaculizar la interpretación (Freud, 1912a).

El “algo se me jugó” que se atribuyó la psicóloga, da cuenta nuevamente de aspectos inconscientes no analizados que impidieron sostener la neutralidad y captar la singularidad del caso (Aisemberg et al., 2012). Un aspecto que puede haber influenciado su actuar, es su historia profesional, ya que se desempeña mayormente con adictos, donde su trabajo requiere prestar su yo al yo deteriorado del paciente.

Como se mencionó previamente, Marcela carecía de capacidad para discriminar, ya sea lo propio de lo ajeno, lo legal de lo ilegal y, este hecho puntual de haber accedido a su demanda de alguna manera sostuvo esta tendencia. Ya no era su psicóloga, sino de otros también. Asimismo, estas mujeres intercambiaban ideas y material visto durante sus sesiones y la psicóloga hacía uso de estos intercambios, lo cual también coadyuvó a enfatizar la indiscriminación.

Cuando la psicóloga fue compelida por su supervisora a efectuar la derivación y le comentó a Marcela las razones por las cuales no podía atender más a esa mujer, algo de la posición del analista, de la contratransferencia puede haber condicionado el espacio transferencial, ya que la actitud de Marcela fue abandonar el tratamiento. Una vez más no pudo enfrentar el enojo que le pudo haber provocado la situación y repitió su patrón de conducta evitativo y de huida. Se observa como hizo frente a los conflictos y angustias emergentes de la situación transferencial con los mismos métodos que utilizó en su pasado (Klein, 1952). Posiblemente haya depositado en la figura de la analista afectos displacenteros de experiencias pasadas reprimidas y reeditadas en la relación transferencial (Freud, 1916-1917).

De esta manera la transferencia, motor de la cura, se transformó en obstáculo del análisis (Álvarez, 2012).

5.4 Analizar la posición de la paciente en relación a la demanda de análisis y sus resistencias

Como se mencionó previamente, Marcela llegó a la consulta a través del servicio de Psicocardiología del mencionado Hospital Público de zona norte, mientras se encontraba internada en Unidad Coronaria. Durante su internación, personal de este servicio se acercó ofreciendo una consulta, la cual aceptó de buen agrado. En la primera entrevista comentó que hacía tiempo tenía curiosidad por saber de qué se trataba hacer terapia, ya que varias veces había hablado del tema con una de sus empleadoras que era psicóloga y pensó que le podía servir.

La paciente reconocía que algo de su malestar podía estar relacionado con “su cabeza”, pero más allá de esto no había una pregunta que permitiera ligar los síntomas corporales con algún acontecimiento de naturaleza emocional.

El hecho de que Marcela haya aceptado el tratamiento “de buen agrado”, nada dice acerca de la existencia de demanda de análisis, sino más bien habla de una respuesta a la demanda del otro. En este caso tampoco hay pregunta, ya que la paciente no logra darle significación al síntoma somático como posible consecuencia de su déficit representacional mencionado (Fischbein, 2000; Pelorosso, 2008).

Durante la entrevista a la psicóloga, comentó que la paciente sólo traía temas y detalles a partir de preguntas. Sus relatos se referían principalmente a hechos concretos del aquí y ahora, dándose lo que Green llamaría el “síndrome del eso es todo” (Chevnik, 1982). Su escasa capacidad de simbolización no le permitía generar conexiones entre el material traído a análisis, sino que generaba descripciones coaguladas, donde los hechos se presentan aislados, inconexos, sin demostrar autoevaluación ni registro de los semejantes.

El abandono de la madre hacia el padre y posteriormente hacia ella y su hermano, la mudanza a una Villa en Buenos Aires, su primera pareja, también abandonada por ella, el relato de la llegada de su tercer hijo, la ayuda que le brindaba a su cuñada en relación a los recién nacidos y la comparación con los perros que recogía de la calle, su relación con el marido al cual ella siente que “no la cuida”. Todos los temas fueron tratados con el mismo tono desafectivizado. Durante los encuentros de supervisión y la entrevista se hizo

patente esta tendencia a no registrar los hechos que le pasaron, ubicando hechos triviales al mismo nivel que asuntos de mayor envergadura.

La madre de Marcela abandonó a su marido y nunca más lo vió ni lo buscó ella o alguno de sus hijos, salvo aquella vez que la paciente recuerda que no lograron dar con él. Marcela también abandonó al padre de su primer hijo y tampoco mantuvo relación ella ni su hijo. Esta repetición de la historia materna sólo es advertida por la paciente frente a la devolución de la psicóloga. Su déficit de capacidad representacional le impide ver conexiones entre diversos hechos o ciertos patrones de conducta que podrían a la vez, estar conectados con sus síntomas orgánicos.

Esta característica requirió que la psicóloga trabaje desde la construcción de material aún no representado (Fischbein, 2000). Su trabajo consistió en tomar los hechos que a partir de la escucha resonaron, que detuvieron el curso del relato, realizar algún tipo de conexión con algún comentario o hecho pasado y devolverlo a la paciente a modo de pregunta (Freud, 1937).

“¿No piensas que esta angustia que sentís, esta opresión en el pecho, puede estar relacionada con que siempre te quedas sin decir las cosas que te enojan?”

“Vos te enojas y te vas, pero el enojo se queda con vos. ¿No crees que si hablas tal vez entiendas las razones del otro y puedas resolver el conflicto sin tener que abandonar la situación o a la persona?”

De esta manera, relacionando las dolencias físicas por las que llegó al Hospital con su estilo personal de respuesta emocional, intentó poner palabras a su angustia y atribuirle sentido al síntoma corporal con significación para la paciente (Fischbein, 2000; Llanes, 2014).

Trabajó también desde situaciones concretas intentando su internalización. Tal fue el caso de la agenda. Marcela observó que la psicóloga tenía una agenda donde anotaba todas sus actividades y le pareció útil para ordenarse. Así, la psicóloga le sugirió que además le serviría para poder demostrarle a los demás que tiene ocupaciones propias por las cuales no puede estar siempre a disposición para favores. Una manera, desde lo concreto, de imponer límites, decir que “no puede” y focalizarse en ella y sus intereses.

Ante el relato de Marcela respecto a ciertos temas más delicados, como ser la llegada del tercer hijo o el abandono del marido, la psicóloga comentó que acompañó su escucha con particulares reacciones corporales, como gestos de sorpresa o desconcierto. Tanto de manera espontánea como deliberada, le fue adjudicando a los hechos narrados el matiz emocional del que carecían, a fin de dotarlos de afecto (Chevnik, 1982).

El hecho que determinó la salida de Marcela del tratamiento se lo puede ubicar cuando la psicóloga decide dejar de responder a su demanda, derivando a la otra paciente. De esta manera se evidencian resistencias al análisis de Marcela, impidiendo el trabajo terapéutico (Laplanche & Pontalis, 2001). En este caso, se observan resistencias de transferencia provenientes del yo, ya que puso en marcha, en transferencia, el mismo patrón de respuesta que solía utilizar en situaciones de conflicto, evitando la confrontación, omitiendo la verbalización y abandonando la escena y resistencias provenientes del ello, considerando su tendencia a la repetición (Leibson et al., 2012).

McDougall (1996) señala que tanto el cuerpo como la mente están sometidos a esta tendencia a la repetición, lo que lleva al sostenimiento de la vulnerabilidad psicosomática. De tal manera, hay repetición de patrones de conducta como se desprende del ejemplo mencionado *ut supra* y además hay repetición de sintomatología psicosomática, donde el daño en el cuerpo es real.

Asimismo este mismo hecho puede a la vez ser interpretado desde el lado del analista. Probablemente sus “puntos ciegos”, mencionados en el apartado precedente, hayan jugado como resistencias de la psicóloga, ocasionando problemas en la comprensión del caso y llevando a la paciente a jugar sus propias resistencias (Lacan, 1954-1955).

Posiblemente el cuadro por el cual la paciente fue internada (edema pulmonar, taquicardia, falta de aire y opresión en el pecho), le permitiera una suerte de vía de escape frente a las demandas del otro. Demandas de un marido que la descuida, de una familia que la requiere constantemente y de un trabajo también exigente. El síntoma procuraría en este sentido alivio ante un mundo exterior que se impone, volviéndose indispensable para la

autoafirmación del yo y, consecuentemente, volviendo al yo resistente al análisis.

De esta manera, se ubicaría entre el síntoma y el yo una ligazón denominada ganancia secundaria de la enfermedad (Freud, 1926), no sin antes notar que la enfermedad aporta previamente una ganancia primaria, la satisfacción proveniente del propio síntoma, la cual el ello se resiste a perder y repite.

6. Conclusiones

En el presente trabajo final integrador se intentó dar respuesta al interrogante de cómo es el trabajo psicoanalítico con un paciente psicossomático cardiológico, considerando los conceptos de transferencia y contratransferencia, desde la teoría Psicoanalítica.

A tal fin se abordaron primero las características del fenómeno psicossomático y de la estructuración psíquica del enfermo psicossomático, para pasar luego a describir específicamente al paciente psicocardiológico. Seguidamente se hizo referencia al concepto de transferencia y contratransferencia introducido por Freud, y posteriores aportes realizados por estudiosos en la materia, con diferentes enfoques.

Como tercer y último objetivo específico de este trabajo, se hizo referencia al trabajo en la clínica psicoanalítica con estos pacientes, haciendo foco en los conceptos de demanda de análisis y resistencias al mismo.

Sobre éste último punto, los aportes de Lacan (1954-1955) revelan que no sólo es el paciente quien pone en marcha mecanismos de resistencia como ser la propia transferencia, sino que asimismo el analista puede imponer en un determinado momento del tratamiento sus resistencias. Sea la una o la otra, en ambos casos, el trabajo analítico se ve obstaculizado.

Es importante destacar que el material teórico seleccionado fue un recorte realizado de manera deliberada, a fin de abarcar lo mejor posible el caso bajo análisis. Por fuera se han debido dejar muchos otros aportes igual de valiosos y que dan cuenta de lo vasto que es el material bibliográfico acerca de los temas aquí tratados. Por esta razón es que en varias ocasiones no ha sido sencilla tal selección, dando lugar a autores por sobre otros no incluidos en las currículas de las materias cursadas.

Posteriormente se realizó un entrecruzamiento entre el material teórico y un caso clínico de una paciente con sintomatología psicossomática cardíaca, a fin de constatar como a partir de una experiencia clínica es posible observar las particularidades de los conceptos tratados. Conceptos que a su vez son el producto de una práctica.

Con respecto a la Institución en la cual se llevó a cabo la Práctica Profesional V, es de destacar que se contó con amplios espacios de

participación, desde el curso que se dicta anualmente sobre enfermedades psicosomáticas, hasta espacios de supervisión de casos tanto de red como derivados de los Hospitales con los que trabaja. Esto permitió acceder a incontable material teórico sobre el paciente psicosomático, como así también sobre la práctica analítica en casos reales.

El trabajo se desarrolló en un ambiente cálido, dotado de un gran capital humano y muy profesional, que en todo momento prestó su ayuda para la realización de este trabajo final.

En lo que respecta a las limitaciones que se presentaron a lo largo de la práctica y, específicamente, en la redacción de este trabajo, la de mayor impacto fue el hecho de que la paciente elegida haya abandonado el tratamiento. Este hecho no permitió contar con suficiente material, ya que fueron escasas las supervisiones en las cuales se trataron sus sesiones. Es por este motivo que la mayor parte del material recolectado provenga de la entrevista con la psicóloga y, en lo que hace referencia puntualmente a la contratransferencia, se sirvió de lo informado por la supervisora del caso.

A su vez, este hecho que por un lado fue una limitación en la recolección de información, adquirió significativa relevancia al momento de analizar la relación transferencial – contratransferencial y las resistencias de la paciente y de la psicóloga.

A modo de observación en relación al trabajo de la analista, podría tomarse el concepto de “punto ciego” introducido por Freud (1912a) en “Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico”. Posiblemente en la respuesta contratransferencial de la psicóloga se hayan puesto en juego representaciones no solucionadas que perturbaron el trabajo en análisis al punto del abandono del tratamiento, de las cuales no pudo dar cuenta y que las supervisiones no alcanzaron a resolver. Probablemente la analista no haya podido evitar dar respuesta a la demanda, quedando de esta manera, su figura difusa ante a una paciente con una marcada tendencia a la indiscriminación, viéndose impedida la inscripción de algún tipo de límite. Esta manifestación contratransferencial de la analista habría llevado, tal como lo señala Racker, a cierta pérdida de asimetría y de neutralidad (De Leon & Bernardi, 2000).

Más allá de lo expuesto, el material recabado da cuenta de la instalación de una buena relación transferencial – contratransferencial, la cual permitió inscribir en la paciente material psíquico, dando lugar a cambios observables. Consiguió tomar consciencia de sus síntomas de falta de aire y presión en el pecho y aprender a prevenirlos, adquirió nuevos hábitos de cuidado personal y de manejo del enojo.

Si fuera posible, como nueva línea de investigación del caso presentado, y a fin de alcanzar una comprensión más acabada de la estructuración psíquica de esta paciente, sería interesante contar con más material acerca de sus primeros años, de su vínculo materno y paterno y hechos de su historia que pudieran haber sido vividos como traumáticos. Ello a los efectos de acercarse a aquellas huellas sensoriales que no han sido tramitadas y que dieron lugar al fenómeno psicossomático (Aisemberg, 2008).

Asimismo, dado que el trabajo con pacientes psicossomáticos requiere que sea el analista quien ponga en palabras su angustia para que el otro también pueda hacerlo, el factor contratransferencial adquiere mayor relevancia (Llanes, 2014). Esa falta de afecto genera en quien escucha un efecto, lo que implica además para el psicólogo dotar de emoción un relato desafectivizado. Por tal motivo sería interesante evaluar el impacto emocional de tal esquema de trabajo sobre una muestra de psicoanalistas abocados a este tipo de pacientes, en contraposición a psicoanalistas que traten exclusivamente pacientes psico neuróticos. Lo expuesto considerando además de la teoría, lo conversado en los espacios de supervisión en los que se participó, siendo los aspectos contratransferenciales tratados en profundidad.

Haber llevado a cabo la Práctica Profesional V en una Institución psicoanalítica especializada en la investigación y asistencia de enfermedades psicossomáticas, permitió adquirir mayor conocimiento sobre la fenomenología de estos pacientes y, consecuentemente, una concepción distinta acerca de su abordaje clínico. Como se mencionó previamente, muchos autores consideraban a este tipo de estructuras “inanalizables”, pero otros como Green y McDougall coincidieron en que a través de la repetición en transferencia era posible ubicar el sentido del síntoma, razón por la cual es fundamental el análisis de la relación transferencial – contratransferencial

(Szapiro, 2011).

Asimismo, los espacios de supervisión permitieron empaparse de la clínica, de historias de vida unidas de problemáticas diversas, posibilitando una mayor apertura a otras realidades.

Por otra parte, la realización del presente trabajo significó no sólo un intenso trabajo de investigación, selección de material y análisis de convergencias y divergencias entre la teoría y la práctica, sino que además significó el cierre de un ciclo muy personal.

La elección del tema y su posterior abordaje se vieron motivados por intereses personales. El estudio de la relación transferencial – contratransferencial generada en la práctica psicoanalítica por sí sólo significó un desafío, dado la diversidad de posturas al respecto, la complejidad de los conceptos y la dificultad para establecer relaciones entre el material teórico y el caso.

De igual modo, la elección del caso se debió al interés que despertaron la historia de la paciente, el relato de la psicóloga y hechos particulares acontecidos en el espacio de análisis.

Posiblemente el mayor aporte en la confección del presente Trabajo Final provenga de haber logrado superar las propias resistencias surgidas en las etapas del desarrollo y las conclusiones. Además de la complejidad del tema en sí mismo, no siempre se compartió la lectura de la psicóloga con respecto al caso. Haber notado esto permitió, en los espacios de tutoría, detectar las respuestas contratransferenciales personales. En cuanto al presente apartado, redactar las conclusiones significó “concluir”, dar cierre a una etapa para el comienzo de otra, aún por descubrir.

7. Referencias Bibliográficas:

- Aisemberg, E. (2008). La sombra de la herencia en el psicoanálisis contemporáneo. *Revista del Psicoanálisis*, 65, 129-142.
- Aisemberg, E., Wainer, B., Bichi, E., Devoto, T., Eckell de Muscio, I., Gruemberg de Steren, N., Presas de Ginzo, A., & Stisman, A. (2012). *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Alaluf, C., Volfzon Bembi, J. L., Fiorillo, N., Repetto, L., & Monis, B. (2007). Aportes del tratamiento psicoterapéutico para pacientes con patología cardíaca. En *XIV Jornadas de investigación y tercer encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Álvarez, I. (2012). La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan. En: *Memorias IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. (pp. 58-61) Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://app.box.com/s/xxzbin1uiezlndl8peig>
- Ben David, J. (2001). La “demanda psicosomática”, intervenciones del analista. [Versión Electrónica], *Tatuajes, Revista Psicosomática*, 4, 4-7.
- Boschan, P. J. (1999). Encrucijadas teórico – clínicas en psicosomática. Recuperado de: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/boschan1.htm>
- Boschan, P. J. (2012). Transferencia y contratransferencia en el *Diario Cínico* de Sándor Ferenczi. Recuperado de: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/boschan7.htm>
- Braun de Dunayevich, J. (1982). Sobreadaptación y falta de angustia señal. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 7, 12-18.
- Chevnik, M. (1982). Acerca de la concepción psicoanalítica del cuerpo. Una referencia a la patología psicosomática. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 7, 19-40.
- De Leon, B., & Bernardi, R. (2000). *Contratransferencia*. Buenos Aires:

Polemos

- Fischbein, J. E. (2001). La clínica psicoanalítica y las enfermedades psicosomáticas. *Revista Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 22(1), 157-181.
- Fossa Arcila, P. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran: revisitando el concepto de psicosomático. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), 127-138.
- Freud, S. (1912/2007a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras completas: sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, Schreber: trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Volumen 12* (2da ed. 11ª reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912/2007b). La dinámica de la transferencia. *Obras completas: sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, Schreber: trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Volumen XII* (2da ed. 11ª reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/2007). Puntuaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). *Obras completas: sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, Schreber: trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Volumen XII* (2da ed. 11ª reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916-1917/2007). Conferencia 27. *Obras completas: Conferencias de introducción al psicoanálisis, Parte III. Volumen XVI*. (2da ed. 11ª reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926/2007). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas: Presentación autobiográfica: Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden ejercer los legos el análisis? Y otras obras. Volumen XX* (2da ed. 11ª reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1937/2007). Construcciones en análisis. *Obras completas: Moisés y la religión monoteísta esquema del psicoanálisis y otras obras. Volumen XXIII* (2da ed. 11ª reimp) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Guir, J. (1984). *Psicosomática y Cáncer*. Buenos Aires: Catálogos.

- Klein, M. (1952/1994). Los orígenes de la transferencia. *Obras completas de M. Klein*. Tomo 3 (3ra ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1951/2008). Intervención sobre la transferencia. *Escritos 1*. (Ed. Revisada). Buenos Aires: Siglo veintiuno Editores
- Lacan, J. (1954/1955). El deseo, la vida y la muerte. *El seminario de Jacques Lacan, Libro 2*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2001). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Leibson, L., San Miguel, T., Buchanan, V., Sánchez, J., Canosa, J., Lado, V., Folgar, S., García Neira, N., & Almira, B. (2012). Variantes de la resistencia en el curso de tratamientos psicoanalíticos en instituciones. *Anuario de Investigaciones* [online], 19(2), 83-89.
- Liberman, D., Piccolo, E., Dimant, S. N., Cortiñas, L.P., & Woscoboinik, P. R. (1982). Los pacientes psicósomáticos vistos desde la clínica psicoanalítica. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 7, 53-75.
- Llanes, C. (2014). Transferencia y psicósomática. *International Journal of Good Conscience*, 9(1), 55-64.
- Martín-Cabré, L. J. (1998). La contribución de Ferenczi al fenómeno de la contratransferencia. Recuperado de: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/cabre.htm>
- Marty, P. (2003). *La psicósomática del adulto*. Madrid: Amorrortu Editores.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yebenes S.A.
- McDougall, J. (1993). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- McDougall, J. (1996). Un cuerpo para dos. M. Bekei (comp.) *Lectura de lo Psicósomático*. (pp. 67-95). (2ª ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.
- Pelorusso, A. (2008). Abordaje del paciente psicósomático. Recuperado de: http://www.slowmind.net/colombo_net/abordaje.pdf
- Rachman, A. W. (2004). Análisis de la contratransferencia. Recuperado de: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/rachman.htm>
- Rodríguez-Rendo, M. C. (2005). Revisitando la transferencia: lo singular de la interpretación. *Revista Norte de Salud Mental* [online], 24, 15-22.

- Romero, M. D. (2011). Trastornos psicossomáticos: una lectura psicoanalítica. En *III Congreso Internacional de Investigación*. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1505/ev.1505.pdf
- Szapito, L., & Reyes, M. V. (2005). Acerca de la clínica de las afectaciones psicossomáticas desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación Lacaniana. *Anuario de Investigaciones* [online], 13, 103-108.
- Szapiro, L. (2011). De la cuestión de la psicossomática en el campo del psicoanálisis. Puntos de convergencia y divergencia. *Anuario de Investigaciones* [online], 18, 163-169.
- Winnicott, D. (1958/1994). Análisis del niño en el periodo de latencia. *Los Procesos de Maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Zarandona, R. M. (2013). Algunas consideraciones acerca de la transferencia. *Revista digital de Medicina Psicossomática y Psicoterapia*. [online], 3, 1-11.